

Salute & Senzatempo

FORMULA RIMBORSO SPESE MEDICHE.

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

Il presente Set Informativo, composto da:
- Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei termini,
- Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni),
- Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni),

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

REALE GROUP

ITALIANA ASSICURAZIONI

TOGETHERMORE 130°

ITALIANA ASSICURAZIONI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE SALUTE & SENZATEMPO

Formula rimborso spese mediche

Mod. MAL50071
Ed. 01/2020

CONTATTI UTILI

	CONTATTO
ASSISTENZA - BLUE ASSISTANCE - 24 ore – 7 giorni su 7	800 686 472
SERVIZIO CLIENTI – BENVENUTI IN ITALIANA	800 101 313

AREA RISERVATA

All'indirizzo www.italiana.it è possibile accedere all'Area Riservata per consultare il dettaglio delle polizze e tenere sotto controllo le scadenze.
È possibile consultare tale Area anche tramite l'App Italiana Mobile.
L'accesso è gratuito previa la registrazione.

INTRODUZIONE

Salute & Senzatempo – Formula Rimborso Spese Mediche è la polizza sanitaria che contiene garanzie assicurative e servizi per far fronte agli eventi che possono compromettere la salute e l'integrità fisica della persona, a seguito di un infortunio o di una malattia.

La caratteristica distintiva è la durata, "a vita intera": ciò significa che, salvo disdetta da parte del Contraente, la Società non potrà uscire dal contratto per sinistro, per sopraggiunti limiti di età o aggravamento dello stato di salute.

Chi sceglie Salute & Senzatempo - Formula Rimborso Spese Mediche, si garantisce oggi la tutela della salute per tutta la vita ad un prezzo che non si modificherà nel tempo al variare delle condizioni di salute; il premio di polizza e le prestazioni sono soggette ad un meccanismo di indicizzazione.

La garanzia principale del prodotto è il rimborso delle spese mediche per ricoveri, interventi chirurgici e parto, indipendentemente dalla tipologia di struttura sanitaria scelta, sia essa pubblica o privata. Il massimale si ricarica ad ogni ricovero ed è possibile aggiungere delle somme integrative per gli interventi chirurgici, così da garantirsi maggiore serenità nella scelta del professionista o della struttura sanitaria.

I costi per gli accertamenti di Alta Diagnostica resi necessari da infortunio o malattia sono rimborsati anche in assenza di ricovero o intervento chirurgico.

In più, ogni due anni è possibile sottoporsi ad un set di esami di medicina preventiva, scegliendo tra numerose tipologie di check-up, in base alle proprie esigenze e alla familiarità delle patologie.

Completano il prodotto un set di prestazioni di Assistenza, per gestire situazioni di urgenza sanitaria, in Italia o all'estero, e la Telemedicina, per far fronte alla continua tendenza a ridurre i giorni di ospedalizzazione.



Controlla i box di consultazione che troverai all'interno delle condizioni assicurative: ti indicheranno gli aspetti più salienti, le precisazioni utili sul contratto e spiegazioni di temi complessi.
Il testo contenuto nel box è un esempio con finalità esplicative e non ha valore contrattuale. Per l'applicazione della polizza è quindi sempre necessario fare riferimento al testo contrattuale all'origine degli esempi stessi.

INDICE

GLOSSARIO 5

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE 8

1 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO 8

2 DURATA DELLA COPERTURA 9

3 RECESSO 10

4 INFORMAZIONI SUL PREMIO 10

5 DOVE VALE LA COPERTURA 12

6 ALTRE INFORMAZIONI 12

SEZIONE MALATTIE 14

7 CHE COSA POSSO ASSICURARE 14

8 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO 21

9 CHE COSA NON È ASSICURATO 22

10 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO 24

SEZIONE ASSISTENZA 29

11 CHE COSA POSSO ASSICURARE 29

12 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO 34

13 CHE COSA NON È ASSICURATO 34

14 TABELLA INDICATIVA DEI LIMITI 35

15 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO 36

APPENDICE 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI 37

APPENDICE 2 - ELENCO PRESTAZIONI MEDICO CHIRURGICHE 41

APPENDICE 3 - PREVENZIONE 62

APPENDICE 4 - ELENCO ESAMI ALTA DIAGNOSTICA 64

ARTICOLI DI LEGGE 65

ITALIANA ASSICURAZIONI

LEGENDA



CHE COSA POSSO ASSICURARE
Qui trovi le informazioni sulle differenti coperture presenti in polizza. Ricordati che le garanzie acquistate saranno indicate sulla scheda di polizza.



COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO
In questo capitolo puoi reperire le informazioni sul funzionamento di alcune garanzie come ad esempio la modalità di erogazione delle prestazioni.



CHE COSA NON È ASSICURATO
Qui trovi le informazioni su quali persone non risultano assicurabili e su quali eventi sono esclusi dalla presente polizza nonché i periodi all'interno dei quali alcune garanzie non operano.



TABELLA INDICATIVA DEI LIMITI
In questo capitolo puoi reperire, per ogni singola garanzia, i limiti di indennizzo, i limiti temporali, ed eventuali regole di abbinamento tra differenti garanzie.



CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO
Qui trovi le informazioni sulla procedura da intraprendere in caso di evento coperto dalla presente polizza. Puoi reperire i contatti a cui fare riferimento nonché la documentazione da consegnare e le tempistiche di accertamento del sinistro nonché di liquidazione dell'indennizzo.



OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO
In questo capitolo puoi reperire le informazioni relative agli obblighi e agli adempimenti che derivano al contraente/assicurato all'inizio del contratto e nel corso della sua durata.

DURATA DELLA COPERTURA
Qui trovi le condizioni che regolano la data di inizio e fine del contratto.



RECESSO
In questo capitolo puoi reperire le informazioni sulle modalità di scioglimento del contratto.



INFORMAZIONI SUL PREMIO
Qui trovi le informazioni sulle modalità e la durata di pagamento dei premi.



DOVE VALE LA COPERTURA
In questo capitolo puoi reperire le informazioni sull'ambito geografico nel quale la copertura è valida.

ALTRE INFORMAZIONI
Qui trovi tutte le informazioni presenti nella Sezione "Norme comuni a tutte le garanzie" non indicate nei capitoli precedenti.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grigio devono essere lette attentamente dal *Contraente/Assicurato.*

GLOSSARIO

I termini definiti al singolare si intendono definiti anche al plurale e viceversa.
I termini, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono in corsivo.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO
Prestazione atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una *malattia*, a carattere anche cruento e/o invasivo.

ASSICURATO
La persona protetta dall'*assicurazione*.

ASSICURAZIONE
Il contratto di assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA
Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BLUE ASSISTANCE
Blue Assistance S.p.A. è la società di servizi, facente parte di Reale Group, che provvede, per conto della *Società*, alla liquidazione dei *sinistri*; gestisce inoltre le convenzioni e i rapporti con le *strutture sanitarie* selezionate dalla società stessa.

CARTELLA CLINICA
Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il *ricovero*, contenente le generalità dell'*Assicurato*, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

CENTRALE OPERATIVA
Componente della struttura organizzativa di *Blue Assistance* S.p.A. che eroga le prestazioni e i servizi di assistenza previsti in *polizza*.

CENTRI DI ECCELLENZA
Istituti ad alta specializzazione identificati dalle autorità sanitarie per i loro standard di eccellenza in specifici settori della medicina.

CONSUMATORE
La persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta (art. 3 Codice del Consumo).

CONTRAENTE
La persona che stipula il contratto con la *Società*.

DAY HOSPITAL
Degenza esclusivamente diurna in *struttura sanitaria* (pubblica o privata) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera e documentata da *cartella clinica*.

DAY SURGERY
Degenza esclusivamente diurna, in *struttura sanitaria* (pubblica o privato) regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico.

FRANCHIGIA / SCOPERTO
Parte del danno indennizzabile, espressa in cifra fissa (franchigia) o in percentuale (scoperto), che rimane a carico dell'*Assicurato*.

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO
Interventi chirurgici indicati nell'Appendice 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

INDENNIZZO
Somma dovuta dalla *Società* in caso di *sinistro*.

INFORTUNIO
Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO
Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza *ricovero* presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - mediante cruentazione dei tessuti la quale dovrà avvenire con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.
Sono considerati interventi chirurgici anche la riduzione incruenta di fratture, le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.
Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorchè effettuati con i predetti strumenti:
- le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo (salvo le endoscopie sopra descritte);
- le iniezioni.

MALATTIA
Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'*Assicurato* non dipendente da *infortunio*.

MALATTIA IMPROVVISA
Malattia di acuta insorgenza di cui l'*Assicurato* non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente stato morboso diagnosticato all'*Assicurato*.

MALATTIA ONCOLOGICA
Ogni *malattia* determinata dalla presenza di neoplasia esclusivamente maligna; sono incluse le leucemie, il morbo di Hodgkin, sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

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, evidente o clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della *polizza*.

MASSIMALE / SOMMA ASSICURATA
Somma fino alla concorrenza della quale la *Società* presta la garanzia.

PARTI
Il *Contraente* e la *Società*.

POLIZZA
Insieme dei documenti che comprovano il contratto di *assicurazione*.

PREMIO
Somma dovuta dal *Contraente* alla *Società*.

QUESTIONARIO SANITARIO
Documento che, laddove richiesto, descrive lo stato di salute dell'*Assicurato* sulla base di dichiarazioni da lui rese.

Esso deve essere compilato in modo completo e veritiero, senza omettere circostanze o informazioni sullo stato di salute in quanto è strumento per la valutazione del rischio.
Il Questionario deve essere sottoscritto dall'*Assicurato* medesimo o, se minorenne, da chi ne esercita la potestà genitoriale.

RICOVERO
Permanenza in *struttura sanitaria* con pernottamento.

SCHEDA DI POLIZZA
Documento che riporta i dati necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del *Contraente*, i dati identificativi del rischio, il *premio* e la sottoscrizione delle *Parti*.

SINISTRO
Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

SOCIETÁ
Italiana Assicurazioni S.p.A..

STRUTTURA ORGANIZZATIVA
Struttura che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della *Società* al contatto con l'*Assicurato*, all'organizzazione ed erogazione del servizio di Telemedicina previsto in *polizza* entro i limiti previsti dal contratto.

STRUTTURA SANITARIA
Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, poliambulatorio medico, centro diagnostico, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie anche in regime di degenza diurna.
Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le strutture di convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, le Residenze Sanitarie Assistenziali, i centri del benessere.

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI
Strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con *Blue Assistance*, presso i quali l'*Assicurato* - previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di *Blue Assistance* - può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, *interventi chirurgici* e *ricoveri* resi necessari dal suo stato di salute.
L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati è consultabile nel sito internet www.italiana.it.
Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'Assicurato ottenga conferma, contattando *Blue Assistance*, dell'effettiva esistenza dell'accordo.

TESSERA SALUTE
La Tessera Salute è una carta per il riconoscimento dell'*Assicurato* nelle *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance*.

VISITA SPECIALISTICA
Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione inerente alla patologia motivo della visita stessa.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Norme valide per tutte le garanzie prestate dall'*assicurazione*.

1. OBBLIGHI DEL *CONTRAENTE/ASSICURATO*

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del *Contraente* o dell'*Assicurato* relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, 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.

1.2 CAMBIO DI RESIDENZA DEL *CONTRAENTE* E/O DEGLI *ASSICURATI* ALL'ESTERO

Qualora il *Contraente* e/o gli *Assicurati* dovessero trasferire residenza o domicilio all'estero sono obbligati a comunicarlo alla *Società* a mezzo lettera raccomandata entro 30 giorni dal trasferimento. L'*assicurazione*, per l'*Assicurato* che si è trasferito, cesserà di avere validità alla fine dell'anno assicurativo nel quale si è verificato il trasferimento e il *premio* di *polizza* sarà aggiornato, alla scadenza annuale del contratto, in base agli *Assicurati* rimasti in garanzia. Nel caso di polizza individuale (*Contraente* = *Assicurato*) il contratto cesserà al termine dell'annualità di *premio*. La presente disposizione non si applica nel caso in cui uno o più *Assicurati* dovessero trasferire residenza o domicilio temporaneamente all'estero (comunque per un periodo non superiore a 12 mesi), fermo restando l'obbligo di comunicazione.

1.3 ALTRE ASSICURAZIONI

Il *Contraente* o l'*Assicurato* deve comunicare per iscritto alla *Società* l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di *sinistro* il *Contraente* o l'*Assicurato* deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

1.4 *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.

1.5 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL *CONTRAENTE* ALLA *SOCIETÀ*

Tutte le comunicazioni alle quali il *Contraente* è tenuto nei confronti della *Società* dovranno essere fatte esclusivamente per iscritto, fax o posta elettronica certificata (PEC) alla *Società* ai seguenti indirizzi:

- Via Marco Ulpio Traiano, 18 – 20149 Milano (Italia);
- Fax: +39 02 3271270;
- PEC: italiana@pec.italiana.it.

1.6 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione* sono a carico del *Contraente*.

2. DURATA DELLA COPERTURA

L'*assicurazione* ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella *scheda di polizza* se il *premio* o la prima rata di *premio* sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.
Se il *Contraente* non paga i *premi* o le rate di *premio* successive, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza.
L'*assicurazione* riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.
In caso di mancato pagamento del *premio* oltre 3 mesi dalla scadenza, le carenze di cui all'art. 9.2 decorreranno nuovamente dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del *premio*.
L'*assicurazione* è operante per i *ricoveri* e/o *interventi chirurgici* effettuati nel periodo di validità dell'*assicurazione* a condizione che la *malattia* o l'*infortunio* che li hanno determinati si siano verificati o siano stati diagnosticati nel medesimo periodo.

2.1 PROROGA DELL'*ASSICURAZIONE* - OBBLIGO AL RINNOVO DA PARTE DELLA *SOCIETÀ*

La *Società* si obbliga a rinnovare l'*assicurazione* ad ogni scadenza contrattuale per tutto il periodo in cui resta in vita l'*Assicurato* ed alle condizioni di *premio* derivanti dal contratto, nonché dall'applicazione dell'art. 4.1 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO delle Condizioni di Assicurazione e dall'eventuale applicazione dell'art. 4.2 REVISIONE TECNICA DEL *PREMIO*, ferme restando le altre Condizioni di Assicurazione.
Il *Contraente* ha facoltà di recedere dall'*assicurazione* ad ogni scadenza annuale inviando comunicazione di disdetta mediante lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) alla *Società* almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.
In assenza di tale comunicazione l'*assicurazione* è prorogata per 1 anno e così successivamente.
In caso di mancato rinnovo dell'*assicurazione* non si applica quanto disposto all'art. 1901, comma 2, del Codice Civile (non trova applicazione il periodo di mora).

2.2 FACOLTÀ DA PARTE DELLA *SOCIETÀ* DI NON RINNOVARE L'*ASSICURAZIONE*

Esclusivamente nei seguenti casi la *Società* non è obbligata a rinnovare l'*assicurazione*:
a) comportamenti del *Contraente* o dell'*Assicurato* atti a esagerare dolosamente l'entità del *sinistro*;
b) cessazione del *Contraente* se questo non è persona fisica; se il *Contraente* è una persona fisica, in caso di sua scomparsa. In tali casi la *Società* è obbligata a rinnovare il contratto con gli *Assicurati* della medesima polizza che ne facciano richiesta entro 60 giorni dalla scadenza annuale ed i *premi* saranno pari a quelli che sarebbero stati per loro dovuti se non ci fosse stata la cessazione/scomparsa del *Contraente*;
c) esclusivamente per il *Contraente/Assicurato* che sposta residenza o domicilio all'estero.

3. RECESSO

Il *Contraente* ha facoltà di recedere dall'*assicurazione* ad ogni scadenza annuale inviando comunicazione di disdetta mediante lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) alla *Società* almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.
La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.
La *Società* non può recedere dal contratto salvo quanto previsto all'art. 2.2.

4. INFORMAZIONI SUL *PREMIO*

Il *premio* è sempre determinato per periodi di assicurazione di 1 anno ed è interamente dovuto dal *Contraente*, anche se sia stato concordato il frazionamento in più rate.
Il *premio* è determinato dall'età dell'*Assicurato* al momento della stipulazione della *polizza*. Il *premio* così determinato resta costante per tutta la durata del contratto di assicurazione, salvo quanto indicato all'art. 4.1 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO e dall'eventuale applicazione dell'art. 4.2 REVISIONE TECNICA DEL *PREMIO*.
Nessun aumento è dovuto per aggravamenti dello stato di salute dell'*Assicurato* avvenuti successivamente alla stipulazione del contratto.

4.1 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO

Ad ogni scadenza annuale le *somme assicurate* e il *premio* sono soggetti ad adeguamento in proporzione al numero indice "servizi sanitari e spese per la salute" rappresentato dalla media dei numeri indice "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto con il minimo del 2,5%. L'indicizzazione si effettua ad ogni scadenza annuale in relazione al rapporto tra "Nuovo Indice" e "Indice Base" intendendosi per:
- "Indice Base": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di decorrenza della polizza o dell'ultima modifica contrattuale;
- "Nuovo Indice": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di scadenza di ogni annualità di *premio*.

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

L'adeguamento delle prestazioni assicurative avviene senza limite di età, senza nuova carenza per le maggiori prestazioni e prescindendo da eventuali aggravamenti dello stato di salute dell'*Assicurato* avvenuti successivamente alla stipulazione del contratto.
Ai fini dell'indicizzazione del *premio* viene presa come base di calcolo dell'adeguamento il *premio* che il *Contraente* dovrebbe corrispondere in relazione all'età dell'*Assicurato* al momento dell'adeguamento.
Non sono soggette ad indicizzazione le garanzie e il *premio* della Sezione Assistenza e l'importo della *franchigia* prevista all'art. 7.4.2.

4.2 REVISIONE TECNICA DEL *PREMIO*

La *Società* si riserva la facoltà di modificare il *premio* in corso (intendendosi per tale l'ultimo *premio* pagato aggiornato a seguito dell'indicizzazione di cui all'art. 4.1) qualora sussista uno dei seguenti giustificati motivi:

1. variazioni significative ed oggettive nel Servizio Sanitario Nazionale, per tali intendendosi (a titolo esemplificativo e non esaustivo): non obbligatorietà dello stesso, riduzione delle prestazioni (per ricoveri, interventi chirurgici, visite o esami) dallo stesso fornite;
2. variazioni significative ed oggettive che riguardino una o più delle seguenti basi statistico attuariali utilizzate per la determinazione della tariffa:
   (a) aspettativa di vita;
   (b) tasso di non rinnovo dei contratti in corso;
   (c) evoluzione del costo e/o della frequenza delle prestazioni.

La modifica del *premio* sarà applicata alla totalità delle polizze stipulate con la *Società* denominate "Salute & Senzatempo – Formula Rimborso spese mediche".
La modifica del premio non terrà conto dell'eventuale aggravamento dello stato di salute del singolo *Assicurato* determinatosi successivamente alla decorrenza del contratto.
Qualora la *Società* intenda avvalersi della predetta facoltà e procedere alla modifica del *premio*, provvederà a darne comunicazione al *Contraente* almeno 90 giorni prima della scadenza annuale, indicando il motivo che giustifica la variazione contrattuale e specificando il nuovo importo di *premio*. La comunicazione sarà effettuata tramite un'informativa scritta (o altro supporto durevole preventivamente accettato dal *Contraente*). Tale comunicazione sarà portata a conoscenza del *Contraente*, per il tramite dell'Intermediario assicurativo o direttamente dalla *Società*, a mezzo raccomandata a/r o e-mail. Il pagamento da parte del *Contraente* del nuovo *premio* comunicato dalla *Società* comporterà l'accettazione dello stesso e la prosecuzione della copertura assicurativa senza ulteriori formalità. Il *Contraente* che non intenda accettare le nuove condizioni di *premio* avrà la facoltà di recedere senza spese dal contratto assicurativo secondo una delle seguenti modalità:

- mancato pagamento del nuovo *premio* alla scadenza annuale;
- invio di una lettera raccomandata;
- invio di PEC.

In caso di recesso dell'*Assicurato* per mancata accettazione del nuovo *premio*, la *Società* garantirà comunque l'operatività delle garanzie di polizza fino alle ore 24.00 del 15° giorno successivo alla scadenza annuale.
Le disposizioni del presente articolo si applicano anche ai contratti con *Contraente* non *consumatore*, a tutela delle persone assicurate.

5. DOVE VALE LA COPERTURA

L'*assicurazione* vale in tutto il mondo.

6. ALTRE INFORMAZIONI

6.1 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli *indennizzi* si potrà procedere, su accordo tra le *Parti*, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, secondo le seguenti modalità:

A. mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle *Parti*, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'*Assicurato*. Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le *Parti*;

B. mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto A, oppure in alternativa ad essa. I due primi componenti del Collegio sono designati dalle *Parti* e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico.
   Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'*Assicurato*. Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la 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 sempre vincolanti per le *Parti* anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

6.2 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del *Contraente*/*Assicurato*.

6.3 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La *Società* rinuncia al diritto di surrogazione nei confronti delle seguenti persone:
- Familiari conviventi dell'*Assicurato*;
- Familiari non conviventi dell'*Assicurato* fino al 3° grado di parentela;
- *Contraente* e *Assicurati* nella medesima *polizza* (quando il *Contraente* non sia una persona fisica, la *Società* rinuncia al diritto di surrogazione anche nei confronti dei legali rappresentanti).

6.4 MODIFICHE DELL'*ASSICURAZIONE*

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

6.5 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana.

6.6 TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DAL CONTRATTO

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dal contratto non possono essere esercitati che dal *Contraente* e dalla *Società*.

SEZIONE *MALATTIE*

L'*assicurazione* è prestata in base alle dichiarazioni rese dall'*Assicurato* all'atto della stipulazione della *polizza*. É necessario che l'*Assicurato* risponda in maniera precisa e veritiera alle domande previste durante l'emissione della *polizza* o nel *questionario sanitario* quando richiesto.
Prima della sottoscrizione del *questionario sanitario* l'*Assicurato* verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso e può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

7. CHE COSA POSSO ASSICURARE

La *Società* assicura le persone indicate nella *scheda di polizza* e presta le garanzie sotto indicate solo se espressamente richiamate nella *scheda di polizza*.
L'operatività delle garanzie e l'eventuale presenza di scoperti sono regolamentati all'art. 8 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO.

7.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE

7.1.1 OGGETTO

La *Società* rimborsa le spese sostenute dall'*Assicurato* per *ricovero*, *intervento chirurgico*, *day hospital*, *day surgery* resi necessari da *malattia* o da *infortunio* o parto indennizzabili a termini di *polizza*.
La *somma assicurata* della presente *polizza* è suddivisa in base alle prestazioni richieste:

Voce indicata su *scheda di polizza*	Eventi/prestazioni
Voce 1	Spese sanitarie: retta di degenza, *visite specialistiche*, accertamenti diagnostici: rimborso giornaliero per tutti i giorni di *ricovero*.
Voce 2	Spese di *intervento chirurgico*: onorario del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, diritti di sala operatoria, materiali di intervento comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento ed inoltre il trapianto di organi sia quando l'*Assicurato* è donatore vivente sia quando è ricevente; in quest'ultimo caso sono anche comprese le spese per il prelievo e il trasporto di organi. **La *somma assicurata* si ottiene in funzione dell'*intervento chirurgico* applicando all'importo della Voce 2 la percentuale indicata nell'allegato 2 "Elenco delle Prestazioni Medico Chirurgiche".** La *somma assicurata* si intende per *intervento chirurgico* e per *ricovero*.
Voce 3	Massimale integrativo: per ogni *ricovero* ad integrazione della Voce 1 "Spese Sanitarie" e della Voce 2 "Spese di *Intervento chirurgico*".

L'importo delle singole Voci è indicato in *scheda di polizza* a seconda dell'opzione scelta: Basic, Normal, Silver, Gold o Platinum.

Di seguito gli eventi coperti dalla presente *polizza*:

<table>
<tr><th>Evento/prestazione</th><th>Somma assicurata
per evento/prestazione</th><th>Limiti temporali</th></tr>
<tr><td>A) RICOVERO PER MALATTIA O INFORTUNIO
Rimborso delle spese relative a rette di degenza, visite specialistiche e accertamenti diagnostici e medicinali.</td><td>Fino alla concorrenza dell'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie"</td><td></td></tr>
<tr><td>B) INTERVENTO CHIRURGICO
Rimborso delle spese relative a onorario del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, i diritti di sala operatoria, i materiali di intervento comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento ed inoltre il trapianto di organi sia quando l'Assicurato è donatore vivente sia quando è ricevente; in quest'ultimo caso sono anche comprese le spese per il prelievo e il trasporto di organi.</td><td><table><tr><th>Classe di intervento (Per individuarla vedi Appendice 2)</th><th>% da applicare all'importo indicato alla Voce 2</th></tr><tr><td>1</td><td>10%</td></tr><tr><td>2</td><td>25%</td></tr><tr><td>3</td><td>35%</td></tr><tr><td>4</td><td>70%</td></tr><tr><td>5</td><td>100%</td></tr></table></td><td></td></tr>
<tr><td>C) DAY HOSPITAL
Rimborso delle spese relative a visite specialistiche ed accertamenti diagnostici che comportano una diagnosi.</td><td>Fino alla concorrenza di due volte l'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie"</td><td></td></tr>
<tr><td>D) DAY SURGERY
Rimborso delle spese per intervento chirurgico, retta di degenza, visite specialistiche e accertamenti diagnostici relativi al medesimo intervento effettuati nei 30 giorni precedenti e nei 60 giorni successivi all'intervento chirurgico.</td><td><table><tr><th>Classe di intervento (Per individuarla vedi Appendice 2)</th><th>% da applicare all'importo indicato alla Voce 2</th></tr><tr><td>1</td><td>10%</td></tr><tr><td>2</td><td>25%</td></tr><tr><td>3</td><td>35%</td></tr><tr><td>4</td><td>70%</td></tr><tr><td>5</td><td>100%</td></tr></table></td><td>30 giorni precedenti e 60 giorni successivi all'intervento chirurgico</td></tr>
<tr><td>E) SPESE PRE E POST RICOVERO
Rimborso delle spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 100 giorni precedenti e successivi ad un ricovero con intervento chirurgico conseguente a malattia o infortunio, purché queste prestazioni siano ad esso inerenti.</td><td>Fino alla concorrenza di sei volte l'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie"</td><td>100 giorni precedenti e successivi al ricovero con intervento chirurgico</td></tr>
<tr><td>F) PARTO</td><td>Rimborso fino alla concorrenza di € 5.000 per parto naturale o fisiologico
Rimborso fino alla concorrenza di € 7.500 per parto cesareo</td><td></td></tr>
<tr><td>G) TRASPORTO IN STRUTTURA SANITARIA
Rimborso delle spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario/elisoccorso alla struttura sanitaria, di trasferimento da una struttura sanitaria ad un'altra e di ritorno alla propria abitazione.</td><td>Fino alla concorrenza di sei volte l'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie"</td><td></td></tr>
<tr><td>H) RICOVERI PER ICTUS CEREBRALE E INFARTO DEL MIOCARDIO
Ricovero per ictus cerebrale o infarto del miocardio che non comporti intervento chirurgico, indennizzabile a termini delle Condizioni di Assicurazione.</td><td>In aggiunta a quanto previsto alla lettera A) viene messo a disposizione un ulteriore importo pari alla Voce 3 "Massimale integrativo"</td><td></td></tr>
</table>

Evento/prestazione	*Somma assicurata* per evento/prestazione	Limiti temporali
I) RIABILITAZIONE E FISIOTERAPIA Rimborso delle spese sostenute per cure riabilitative o trattamenti fisioterapici e rieducativi **effettuato o durante il *ricovero* o nei 100 giorni successivi alla data di dimissione dalla *struttura sanitaria*. Tali prestazioni sono riconosciute se effettuate successivamente ad un *intervento chirurgico* e siano ad esso riconducibili. Esse dovranno essere prescritte dal medico curante e praticate da personale abilitato anche in ambito domiciliare.**	**Fino alla concorrenza di quindici volte l'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie" se l'*intervento chirurgico* è stato effettuato in regime di *ricovero*. Fino alla concorrenza del 50% l'importo indicato al precedente comma se l'*intervento chirurgico* è stato effettuato in regime di *day surgery*.**	**Durante o nei 100 giorni successivi ad un *intervento chirurgico***
J) INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO L'*Assicurato* in alternativa al rimborso delle spese o nel caso non abbia sostenuto alcuna spesa può chiedere il pagamento di una indennità giornaliera per ogni giorno di *ricovero*. Tale indennità viene riconosciuta anche in caso di *day hospital*.	**In alternativa alle Voci 1, 2 e 3: indennità giornaliera pari al 50% dell'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie"**	
K) *MALATTIE ONCOLOGICHE* Rimborso delle spese per *visite specialistiche*, *accertamenti diagnostici*, cicli di radioterapia o similari (cobaltoterapia, Roentgen terapia) e di chemioterapia, intendendosi per tali non la singola applicazione, ma l'insieme delle applicazioni stabilite dai sanitari, effettuate ambulatorialmente o in *day hospital*.	**Fino alla concorrenza annua di dieci volte l'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie"**	
L) ASSISTENZA DOMICILIARE PER *MALATTIE TERMINALI* Rimborso delle spese per assistenza domiciliare continuativa, medica od infermieristica, fornita da idonee *strutture sanitarie*, all'uopo costituite e la cui attività sia legalmente riconosciuta.	**Fino alla concorrenza di € 240 al giorno**	**Massimo di 100 giorni per anno assicurativo**
M) *ASSISTENZA INFERMIERISTICA* PRIVATA Rimborso delle spese per *assistenza infermieristica* professionale privata **sia durante il *ricovero* che nei 100 giorni successivi alla dimissione.**	**Fino alla concorrenza di € 4.000 per anno assicurativo**	**Durante o nei 100 giorni successivi ad un *ricovero***
N) CURE DENTARIE A SEGUITO D'*INFORTUNIO* A seguito di un *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza* e **documentato da apposito verbale di Pronto Soccorso Pubblico**, la *Società* rimborsa le spese sostenute per eseguire cure dentarie direttamente conseguenti all'*infortunio* subito, comprese protesi dentarie purché fisse e inamovibili.	**Fino alla concorrenza annua dell'importo indicato per la Voce 3 "*Massimale* integrativo"**	
O) *RICOVERI* D'URGENZA *Ricoveri* urgenti che dovessero verificarsi durante un soggiorno all'estero (con esclusione della Repubblica di San Marino, della Città del Vaticano).	**In aggiunta a quanto previsto alle lettere A) e B) la prestazione di cui alla Voce 3 "*Massimale* integrativo" s'intende triplicata**	
P) SUPPORTO PSICOLOGICO Rimborso delle spese per sedute specialistiche in caso di diagnosi di: Sclerosi multipla, Neoplasia maligna, Ictus cerebrale, Morbo di Parkinson, Infarto miocardio acuto, Patologia coronarica che richieda *intervento chirurgico*, Paralisi a seguito di *infortunio*.	**Fino alla concorrenza annua di tre volte l'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie"**	

Evento/prestazione	*Somma assicurata* per evento/prestazione	Limiti temporali
Q) PREVENZIONE Un pacchetto di prestazioni a scelta tra quelli riportati nell'Appendice 3. **Questa garanzia è subordinata all'esecuzione in un'unica seduta di tutto quanto previsto.** In caso di utilizzo di poliambulatori convenzionati con *Blue Assistance*, previo accordo con la stessa, la *Società* paga direttamente le prestazioni erogate all'*Assicurato*.	**In caso di utilizzo di poliambulatori non convenzionati con *Blue Assistance*, o di utilizzo di poliambulatori convenzionati senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, la *Società* rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'*Assicurato*, con il massimo di € 200.**	**Prestazione usufruibile con cadenza biennale da ciascun *Assicurato***
R) ALTA DIAGNOSTICA Rimborso delle spese per esami definiti nell'Appendice 4 conseguenti a *malattia* o *infortunio* non comportanti *ricovero*.	**Fino alla concorrenza di € 2.500 per anno assicurativo**	
S) CURE AL NEONATO Per i nati durante la validità della *polizza* la garanzia opera gratuitamente fino alla prima scadenza anniversaria della *polizza*, anche per *malformazioni*, *difetti fisici* o *malattie* congenite, **sempreché la madre - che deve essere assicurata - non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'*assicurazione*.** La copertura in favore del neonato cessa alla prima scadenza anniversaria della *polizza* e laddove venisse richiesta una nuova copertura *malattie* a favore del nato, decorso tale termine, la *Società* si riserva la facoltà di includere o meno in garanzia il neonato e in caso positivo di determinare le condizioni di assicurazione e il *premio* relativo.		**Fino alla prima scadenza anniversaria della *polizza***

Esempio di calcolo della *somma assicurata*

1) *Ricovero* di due giorni

Opzione prescelta "Normal" che prevede i seguenti limiti:
- Voce 1 "Spese sanitarie": € 550 per giorno di ricovero
- Voce 2 "Spese di *intervento chirurgico*": € 55.000 per spese relative ad *intervento chirurgico* (è necessario applicare la % corrispondente alla classe di intervento indicata nell'Appendice 2 alla somma di € 55.000)
- Voce 3 "Massimale integrativo": € 5.500 per ogni *ricovero* ad integrazione della Voce 1 e della Voce 2 in caso di *ricovero*

Ricovero di due giorni per ernia inguinale che da Appendice 2 risulta in classe 2

Somme assicurate a disposizione
- Voce 1 = € 550 × 2 (giorni) = € 1.100
- Voce 2 = € 55.000 × 25% (% corrispondente alla classe 2) = € 13.750
- Voce 3 = € 5.500= € 5.500

2) *Day surgery*

Opzione prescelta "Normal" che prevede la *somma assicurata* così suddivisa:
- Voce 1 "Spese sanitarie": € 550 per giorno di *ricovero*
- Voce 2 "Spese di *intervento chirurgico*": € 55.000 per spese relative ad *intervento chirurgico* (è necessario applicare la % corrispondente alla classe di intervento indicata nell'Appendice 2 alla *somma assicurata*)
- Voce 3 "Massimale integrativo": € 5.500 per ogni *ricovero* ad integrazione alla Voce 1 e alla Voce 2 in caso di *ricovero*

Intervento chirurgico ambulatoriale per tonsillectomia che da Appendice 2 risulta in classe 1

Somme assicurate a disposizione
- Voce 1 = € 550*0 = 0 (non prevista in assenza di *ricovero*)
- Voce 2 = € 55.000 × 10% (% corrispondente alla classe 1) = € 5.500
- Voce 3 = non prevista in assenza di *ricovero*

7.2 PRESTAZIONE AGGIUNTIVA: RADDOPPIO PRESTAZIONI PER *"GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI"*

Operante solo se espressamente richiamata nella *scheda di polizza*.

Nel caso di *intervento chirurgico* rientrante nell'elenco "*Grandi Interventi Chirurgici*" di cui all'Appendice 1 e indennizzabile a termini della presente *polizza*, viene riconosciuto un *massimale* aggiuntivo rispetto a quanto previsto per le spese per *intervento chirurgico*. Tale *massimale* aggiuntivo, pari alla Voce 2 "Spese di *intervento chirurgico*" non prevede l'applicazione della percentuale relativa alla classe di *intervento chirurgico*.
La garanzia comprende anche il costo di apparecchi protesici e sanitari incluse carrozzelle ortopediche.
La prestazione prevista dall'art.7.1.1K) s'intende sostituita e, in caso di *malattia oncologica*, sono rimborsate fino alla concorrenza annua di venti volte l'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie", le spese documentate per:
– gli *accertamenti diagnostici*, le *visite specialistiche*, anche se non seguiti da *ricovero*, purché sia diagnosticata la *malattia oncologica*;
– le *visite specialistiche* e le terapie (radianti, chemioterapiche ed altro) rese necessarie dalla *malattia oncologica* effettuate entro 2 anni dalla cessazione del *ricovero*.

La *Società* rimborsa le predette spese per *malattie oncologiche* anche in caso di *day hospital* o *ricovero* senza *intervento chirurgico* o qualora il *ricovero* sia originato da una *malattia* diversa dalla *malattia oncologica*; in tal caso tale garanzia ha effetto dal giorno di accettazione del *ricovero* stesso.

7.3 PRESTAZIONE AGGIUNTIVA: PRESTAZIONE INTEGRATIVA PER *"INTERVENTI CHIRURGICI"*

Operante solo se espressamente richiamata nella *scheda di polizza*.

Nel caso di *intervento chirurgico* indennizzabile a termini della presente *polizza,* viene riconosciuto un *massimale* aggiuntivo, indicato nella *scheda di polizza*, secondo la tabella sotto riportata:

Classe di intervento (Per individuarla vedi Appendice 2)	% da applicare al *massimale* integrativo scelto che si somma alla Voce 2
1	10%
2	25%
3	35%
4	70%
5	100%

7.4 CONDIZIONI AGGIUNTIVE

Operanti solo se espressamente richiamate nella *scheda di polizza*.

7.4.1 RETTA PER L'ACCOMPAGNATORE

Rimborso delle spese sostenute per vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella *struttura sanitaria* fino ad un massimo di € 100 al giorno per un massimo d 30 giorni per anno assicurativo.

7.4.2 FRANCHIGIA FISSA SU OGNI *SINISTRO*

A seguito di ogni *sinistro* indennizzabile a termini di *polizza*, si prende atto che il rimborso delle spese avverrà previa detrazione di una *franchigia* fissa su ogni *sinistro* nella misura indicata in *scheda di polizza*. Tale *franchigia* non si applica:
– alla "Indennità sostitutiva del rimborso" prevista all'art.7.1.1J);

– alla "Prevenzione" prevista all'art.7.1.1Q);
– all'"Alta diagnostica" prevista all'art.7.1.1R);
– alla "Retta per l'accompagnatore" prevista all'art. 7.4.1, se acquistata.

La *franchigia* non sostituisce eventuali *scoperti* derivanti da regolamentazioni sanitarie presenti nell'allegato alla *scheda di polizza*.

7.4.3 PERSONE ASSICURABILI

L'*assicurazione* può essere sottoscritta da persone di età compresa tra 18 e 65 anni, tuttavia, con la presente condizione aggiuntiva, a parziale deroga dell'art. 9.1, la garanzia può essere estesa alla persona indicata indipendentemente dall'età. In caso di *Assicurato* minore non trova applicazione il primo comma dell'art. 2.1 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE – OBBLIGO AL RINNOVO DA PARTE DELLA SOCIETÀ. Tale comma rientra in vigore al raggiungimento della maggiore età con il conseguente adeguamento del *premio*. Tale condizione aggiuntiva è acquistabile previa valutazione da parte della *Società*.

7.4.4 ESTENSIONE DISCIPLINE SPORTIVE

A parziale deroga dell'art. 9.1 h), la garanzia viene estesa agli *infortuni* e le loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a gare e relative prove e allenamenti effettuate sotto l'egida della federazione sportiva di appartenenza della disciplina sportiva indicata nella *scheda di polizza*. Tale condizione aggiuntiva è acquistabile previa valutazione da parte della *Società*.

7.4.5 SCOPERTO FUORI NETWORK

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e medici non convenzionati con *Blue Assistance*, o di utilizzo di *strutture sanitarie* e *medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, la *Società* rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'*Assicurato* con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% per *sinistro*.

In caso di utilizzo di medici non convenzionati presso *strutture sanitarie* convenzionate con *Blue Assistance*, la *Società*:
– paga direttamente le spese relative alla *struttura sanitaria* convenzionata;
– rimborsa le spese relative all'equipe medico-chirurgica con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% per *sinistro*.

7.4.6 SPESE PRE E POST *RICOVERO* SENZA *INTERVENTO CHIRURGICO*

A parziale deroga dell'art. 7.1.1E) la *Società* rimborsa, fino alla concorrenza di sei volte l'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie", le spese per *visite specialistiche* e *accertamenti diagnostici* effettuati nei 100 giorni precedenti e successivi ad un *ricovero* senza *intervento chirurgico* conseguente a *malattia* o *infortunio*, purché queste prestazioni siano ad esso inerenti.

7.5 SERVIZIO NON ASSICURATIVO DI TELEMEDICINA

Con la sottoscrizione della *polizza*, l'*Assicurato* ha diritto ad usufruire dei seguenti servizi:

7.5.1 CARTELLA MEDICA PERSONALE

La Cartella Medica Personale è uno strumento che permette di conservare, in modo informatizzato e protetto, tutta la propria storia medica personale. Nella Cartella Medica Personale è possibile inserire la propria storia sanitaria e gli esiti degli esami clinici effettuati nonché archiviare in modo automatico tutti i parametri medici misurati attraverso il telemonitoraggio. I dati inseriti potranno essere resi accessibili in sola lettura a persone terze, come ad esempio al proprio medico per un consulto o, in caso di urgenza, ai medici del pronto soccorso, fornendo loro la Password di sola lettura preventivamente generata nell'apposita sezione di cambio password.

Modalità di attivazione del servizio

L'*Assicurato* dovrà accedere all'area riservata dal sito www.italiana.it o dall'APP Italiana Mobile per poter visualizzare la propria Cartella Medica Personale.

7.5.2 TELECONSULTO POST INTERVENTO/*RICOVERO* – KIT DI TELEMEDICINA

A seguito di *ricovero* ospedaliero per *malattia* e/o *infortunio* che abbiano comportato *intervento chirurgico* classificato nelle classi 4 e 5 all'interno dell'"Elenco prestazioni medico chirurgiche" riportato nell'Appendice 2, l'*Assicurato* potrà richiedere l'attivazione dei servizi di "Teleconsulto" e di "Telemonitoraggio" attraverso la comunicazione audiovisiva con il Centro Medico della *Struttura organizzativa* e attraverso l'utilizzo del kit di Telemedicina per il rilevamento dei seguenti parametri:

– Pressione arteriosa;
– Frequenza cardiaca;
– Glicemia;
– Saturazione emoglobinica arteriosa.

Modalità di attivazione del servizio

a) L'*Assicurato* dovrà comunicare, almeno 48 ore prima delle dimissioni dalla *struttura sanitaria*, alla *Struttura Organizzativa*, contattabile al numero verde riportato sulla *Tessera Salute*, la propria volontà di usufruire del servizio di Teleconsulto. L'*Assicurato* comunica inoltre alla *Struttura Organizzativa* il numero di *polizza*, il domicilio presso il quale sarà inviato il kit di Telemedicina e trasmette alla *Struttura Organizzativa* copia della lettera di dimissioni rilasciata dall'Ospedale, comprovante il diritto all'utilizzo del servizio.
b) La *Struttura Organizzativa* concorda con l'*Assicurato* la data di attivazione del servizio e le modalità di spedizione del kit.
c) Nelle tre settimane successive alla data di dimissioni dalla *struttura sanitaria*, l'*Assicurato* potrà usufruire del servizio di Teleconsulto che gli permetterà, utilizzando gli strumenti di monitoraggio forniti, di inviare i dati rilevati con le apparecchiature al Centro Medico della *Struttura Organizzativa* che li commenterà direttamente, in videoconferenza, con l'*Assicurato*. I dati misurati tramite il kit di Telemedicina verranno trasferiti automaticamente nella "Cartella Medica Personale". L'*Assicurato* potrà decidere di trasferire i dati dagli strumenti di monitoraggio all'App di Telemedicina via Bluetooth (tutti gli strumenti forniti nel kit possono connettersi via Bluetooth all'App di Telemedicina) oppure manualmente digitando i valori rilevati nell'apposita sezione dell'App di Telemedicina.
d) Al termine dell'utilizzo l'*Assicurato* contatterà la *Struttura Organizzativa* per concordare il ritiro/riconsegna del kit. Il kit dovrà essere consegnato completo e integro.

7.5.3 SERVIZI DI PROTEZIONE IN VIAGGIO

A) Tele-farmacologia con sms medicale

Se l'*Assicurato* si trova all'estero e ha bisogno di conoscere il nome commerciale locale di un farmaco o del corrispondente principio attivo, è a sua disposizione, 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, il servizio di Telefarmacologia con sms medicale che gli consente di ottenere tale informazione.

Modalità di erogazione

- L'*Assicurato* dovrà chiamare il numero verde riportato sulla *Tessera Salute* e richiedere l'attivazione del servizio di "Tele-farmacologia con sms medicale".
- Un medico della centrale segnala all'*Assicurato* il corrispettivo nome commerciale locale del farmaco richiesto (o del principio attivo) con un sms, un fax o un'e-mail.

B) Tele-prescrizione medica multilingue

Se l'*Assicurato* si trova all'estero e ha bisogno di assumere un farmaco (OTC) senza avere la ricetta medica con sé, è a sua disposizione 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, il servizio di Tele-prescrizione medica multilingue.

Modalità di erogazione

- L'*Assicurato* dovrà chiamare il numero verde riportato sulla *Tessera Salute* e richiedere l'attivazione del servizio di "Tele-prescrizione medica multilingue".
- Un medico compila la prescrizione medica necessaria, indicando anche il dosaggio consigliato, e la invia all'*Assicurato* per fax o e-mail.
- Il medico invia inoltre all'*Assicurato* la ricetta (del farmaco OTC) scritta in lingua italiana o in lingua inglese, con l'indicazione del nome commerciale locale del farmaco o del principio attivo.

- Nel caso in cui il farmaco richiesto non sia commercializzato nel Paese dove l'*Assicurato* si trova, verrà fornita l'indicazione di un prodotto analogo.

C) Video consulto medico

In caso di necessità, anche urgente, l'*Assicurato* ha, 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, in Italia o nel mondo, la possibilità di parlare - in lingua italiana - con un medico della centrale medica, di poterlo vedere e consultare attraverso un video consulto internet.

In tal modo l'*Assicurato* riceverà il supporto medico necessario ed eventualmente i consigli per il trattamento.

L'*Assicurato* ha, inoltre, la possibilità di effettuare un consulto con medici specialisti, previo contatto con la *Struttura Organizzativa* al numero verde riportato sulla *Tessera Salute* per fissare un appuntamento. I video consulti con i medici specialisti sono disponibili dal Lunedì al Venerdì dalle 09:00 alle 18:00.

Modalità di erogazione

L'*Assicurato* dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.italiana.it o dall'APP Italiana Mobile per poter effettuare un video consulto.

8. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

8.1 MODALITÁ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e *medici chirurghi convenzionati* con *Blue Assistance*, previo accordo con la stessa, la *Società* paga direttamente alle *strutture sanitarie* e ai *medici chirurghi convenzionati* le prestazioni erogate all'*Assicurato* ad eccezione delle spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero*, di cui all'art.7.1.1E), che non vengono pagate direttamente ma rimborsate integralmente all'*Assicurato*.

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e medici non convenzionati con *Blue Assistance*, o di utilizzo di *strutture sanitarie* e *medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, la *Società* rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'*Assicurato*.

In caso di utilizzo di medici non convenzionati presso *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance*, la *Società*:

- paga direttamente le spese relative alla *struttura sanitaria convenzionata*;
- rimborsa le spese relative all'equipe medico-chirurgica non convenzionata.

In caso di acquisto della Condizione aggiuntiva di cui all'art. 7.4.5 SCOPERTO FUORI NETWORK valgono le seguenti condizioni:

a) in caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e medici non convenzionati con *Blue Assistance*, o di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, la *Società* rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'*Assicurato* fino alla concorrenza del 70%, restando a carico dell'*Assicurato* uno *scoperto* del 30% per *sinistro*;
b) in caso di utilizzo di medici non convenzionati presso *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance*, la *Società*:
   - paga direttamente le spese relative alla *struttura sanitaria convenzionata*;
   - rimborsa le spese relative all'equipe medico-chirurgica non convenzionata fino alla concorrenza del 70%, restando a carico dell'*Assicurato* uno *scoperto* del 30% per *sinistro*.

Le spese relative agli *accertamenti diagnostici*, di cui all'art.7.1.1R), sono rimborsate integralmente se effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale; negli altri casi le spese sono rimborsate fino alla concorrenza del 90% restando a carico dell'*Assicurato* uno *scoperto* del 10% con un minimo di € 50.

9. CHE COSA NON È ASSICURATO

9.1 ESCLUSIONI

La *Società* non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate. La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del *premio* non costituisce deroga; il *premio* medesimo verrà restituito dalla *Società*.
L'*assicurazione* non vale per persone che, al momento della stipulazione della *polizza*, abbiano un'età inferiore a 18 anni o superiore a 65 anni, salvo quanto indicato all'art. 7.4.3 se richiamata in *scheda di polizza* tale condizione aggiuntiva.

L'assicurazione non comprende:

a) le conseguenze dirette di *infortuni*, *malattie* e stati patologici, che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione della *polizza* e già note all'*Assicurato* anche se comunicate dallo stesso in qualsiasi forma all'atto dell'assunzione del rischio o venute a conoscenza della *Società* anche successivamente attraverso *questionario sanitario*, *cartelle cliniche*, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'*Assicurato* prima della stipulazione della *polizza*. L'eventuale assicurazione di tali situazioni fisiche e/o *malattie preesistenti* può essere prestata solo mediante specifica clausola che deve risultare esplicitamente in *polizza*. Anche in caso di passaggio a una *somma assicurata* superiore o riduzione della *franchigia* eventualmente prevista l'*Assicurato* non ha diritto alle maggiori prestazioni per *malattie* e/o *infortuni* e loro conseguenze manifestatesi nel corso della precedente versione di contratto, salvo specifica clausola che deve essere contrattualizzata in *polizza*;
b) le *malformazioni* e anomalie congenite ad eccezione di quelle clinicamente non evidenti, salvo quanto previsto all'art. 7.1.1S);
c) le *malattie*, *infortuni*, e loro conseguenze dovuti a:
   - atti dolosi tentati o compiuti dall'*Assicurato*,
   - alcoolismo e tossicodipendenza,
   - *malattie*/infermità mentali, sindromi organico cerebrali (di tipo psichiatrico), schizofrenia, disturbi paranoidi, forme maniaco depressive, ivi compresi i comportamenti nevrotici,
   - risse, delitti, aggressioni o atti violenti anche a movente politico (salvo partecipazione involontaria), atti di guerra, terrorismo e sabotaggio, operazioni militari, insurrezioni,
   - movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni o altre calamità naturali,
   - *malattie* e *infortuni* che siano conseguenza diretta o indiretta di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.) salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
d) la sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
e) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, allucinogeni, anfetamine e simili, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
f) le conseguenze della pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti, anche se esercitati non professionalmente: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme e arti marziali, alpinismo con scalata di roccia od accesso ai ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, free-climbing, kayak, rafting, bungee jumping, bob, rugby e football americano, immersione con autorespiratore, motocross, libero accesso ai circuiti, paracadutismo e sport aerei in genere (ivi compresi i voli con deltaplano, ultraleggeri e simili);
g) le conseguenze di *infortuni* derivanti dalla guida di veicoli o natanti se il conducente assicurato è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi con un tasso di alcolemia pari o superiore a 1,2 grammi/litro;

h) gli infortuni e loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a gare, relative prove ed allenamenti effettuate sotto l'egida della federazione sportiva di appartenenza, salvo che si tratti di gare podistiche, pesca non subacquea, gare di bocce, tiro con l'arco, tennis, golf, sci di fondo, pattinaggio; sono inoltre esclusi gli *infortuni* e le loro conseguenze derivanti da sport in ordine ai quali l'*Assicurato* percepisca una remunerazione, salvo quanto indicato all'art. 7.4.4 se richiamata in *scheda di polizza* tale condizione aggiuntiva;
i) le prestazioni aventi finalità estetiche, fitoterapiche e dimagranti e relative conseguenze (salvi gli interventi di chirurgia bariatrica resi necessari da uno stato patologico insorto in vigenza di polizza e gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da *infortuni* verificatisi in vigenza di polizza o da interventi demolitivi resi necessari da neoplasia maligna, esclusa, in ogni caso, la manutenzione delle protesi);
j) le cure dentarie di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, con o senza *intervento chirurgico* anche se effettuate in *strutture sanitarie* con *ricovero*, cure parodontali, e le relative conseguenze anche patologiche; la presente esclusione non si applica a quanto previsto all'art.7.1.1N);
k) le protesi in genere nonché acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici; la presente esclusione non si applica a quanto previsto all'art. 7.1.1N);
l) i soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per *malattie* nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo, cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, ospedali militari, ospizi per le persone anziane, *ricoveri* dovuti alla necessità dell'*Assicurato* di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana. Sono inoltre esclusi i *ricoveri* per cure dimagranti e simili, per fitoterapia, ginnastica passiva, sauna, autoemoterapia, ozonoterapia, riflessoterapia;
m) la riabilitazione e fisioterapia; la presente esclusione non si applica a quanto previsto all'art.7.1.1l);
n) gli aborti, salvo le cure per aborto terapeutico effettuate entro il territorio della Repubblica Italiana;
o) le prestazioni finalizzate al trattamento della sterilità, impotenza, nonché tutte le procedure per la fecondazione assistita;
p) i medicinali non iscritti alla farmacopea, come pure preparati non riconosciuti;
q) gli onorari dei medici non autorizzati ad esercitare la professione;
r) la correzione dei difetti di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, ecc.).

9.2 CARENZE

Fermo il disposto dell'art. 2 DURATA DELLA COPERTURA, la garanzia decorre dalle ore 24.00:
a) del giorno di effetto dell'*assicurazione* per gli *infortuni*;
b) del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per le *malattie improvvise*;
c) del 100° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per le *malattie* che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche e *malformazioni* insorte anteriormente alla stipulazione della *polizza*, non conosciute e/o non diagnosticate al momento dell'effetto dell'*assicurazione*;
d) del 270° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per il parto e per le *malattie* dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette *malattie*, la garanzia decorre dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione*; purchè dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo tale data.

Qualora il presente contratto sostituisca altro contratto - stipulato con la *Società* - senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi *Assicurati* ed identiche garanzie, i termini di carenza di cui sopra operano:
a) dal giorno in cui aveva effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i *massimali/somme assicurate* da quest'ultimo previsti;
b) dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori *somme assicurate* ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute in corso del presente contratto, i termini di carenza decorrono dalla data di variazione per le maggiori *somme assicurate* e le diverse persone o prestazioni assicurate.
Per le *malattie* che si manifestino durante il periodo di carenza non è previsto alcun rimborso. Qualora la *malattia* dovesse manifestarsi nuovamente dopo il periodo di carenza l'*Assicurato* avrà diritto alla garanzia solo quando siano trascorsi 3 mesi fra la guarigione clinica della *malattia* e la ricaduta.

10. CHE COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO*

I criteri ivi descritti sono validi soltanto per le garanzie scelte dall'*Assicurato* e indicate nella *scheda di polizza*.

Blue Assistance
- ha sede a Torino – via Santa Maria n. 11
- risponde ai numeri telefonici:

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
Numero Verde 800-686472	+39 011 742 57 33

10.1 DATA DEL *SINISTRO*

Fermo quanto previsto all'art. 9.2 CARENZE, per "data del *sinistro*" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.
Qualora la *polizza* sia sostituita da copertura analoga presso altra Compagnia, tutte le prestazioni erogate successivamente alla scadenza contrattuale non saranno più a carico della *Società*.

10.2 NORME DEL SERVIZIO *BLUE ASSISTANCE*

Il *Contraente* e l'*Assicurato* riconoscono espressamente che *Blue Assistance* non ha alcuna responsabilità per le prestazioni o loro esecuzione fornite dalle *strutture sanitarie* e dai *medici chirurghi* con essa *convenzionati*; pertanto prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti.
Blue Assistance è comunque a completa disposizione del *Contraente* e dell'*Assicurato* per qualsiasi informazione inerente alla prestazione dei servizi.

10.3 OBBLIGHI DELL'*ASSICURATO*

L'*Assicurato* deve:
- sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla *Società* o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione;
- produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti della *Società* e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.

In caso di *ricovero* in territorio extra europeo con pagamento diretto da parte di *Blue Assistance*, l'*Assicurato* deve acquisire personalmente la *cartella clinica* presso la *struttura sanitaria* e fornirla a *Blue Assistance*. Resta a carico dell'*Assicurato* la traduzione della *cartella clinica*.
Qualora per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'*Assicurato* deve dare avviso del *sinistro* a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.
L'*Assicurato* che si avvale delle prestazioni di *Blue Assistance* delega la *Società* a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla *polizza*.
Qualora il *sinistro* risultasse non indennizzabile, l'*Assicurato* si impegna a restituire gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto dalla *Società*.

10.4 PROCEDURA IN CASO DI *SINISTRO*

Le spese per prestazioni sanitarie in alcuni casi vengono pagate direttamente da *Blue Assistance*, mentre in altri casi devono essere anticipate dall'*Assicurato* e vengono successivamente rimborsate. Le casistiche sono indicate nei paragrafi seguenti.
Qualora l'*Assicurato*, nei casi sotto indicati, provveda personalmente al pagamento delle spese, *Blue Assistance* - verificata l'operatività della garanzia - procede al rimborso delle stesse entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione.

A) UTILIZZO DI *STRUTTURE SANITARIE E DI MEDICI CONVENZIONATI* CON *BLUE ASSISTANCE*

La possibilità di accedere all'utilizzo di *strutture sanitarie* e di *medici chirurghi convenzionati* è condizionata alla preventiva telefonata, che deve avvenire almeno 3 giorni lavorativi prima della data del *ricovero*, e all'autorizzazione al pagamento diretto di *Blue Assistance*, in mancanza delle quali le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B).
L'elenco delle *strutture sanitarie* è consultabile sul sito www.italiana.it. Poiché la rete delle *strutture sanitarie* è soggetta ad evoluzioni, al momento della scelta della struttura e/o del medico è necessario che l'*Assicurato* proceda alla verifica dell'effettiva esistenza dell'accordo contattando *Blue Assistance* al numero verde 800 686472 e ne ottenga conferma.
Il personale di *Blue Assistance* è a disposizione degli *Assicurati*:

- dalle ore 8.00 alle 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle 12.00 del sabato, per la prenotazione delle *strutture sanitarie* e dei *medici chirurghi convenzionati*, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, *Blue Assistance* paga direttamente sia la *struttura sanitaria* sia i medici e provvede a raccogliere la relativa documentazione (fatto salvo quanto previsto alla lettera H) del presente articolo per i *ricoveri/ interventi chirurgici* in territorio extra europeo) e a restituire quella di spesa all'*Assicurato*, con annotazione dell'avvenuta liquidazione.
Al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*, l'*Assicurato* deve presentare la propria *Tessera Salute* e compilare la "Richiesta di prestazione" che costituisce la denuncia del *sinistro*.
Resta convenuto che:

- l'eventuale differenza tra l'*indennizzo* liquidato da *Blue Assistance* e il costo totale della prestazione, così come eventuali *scoperti* o *franchigie*, devono essere pagati personalmente dall'*Assicurato* alla *struttura sanitaria*;
- nel caso in cui *Blue Assistance* non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'*Assicurato* deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente preconcordate da *Blue Assistance*.

B) UTILIZZO DI *STRUTTURE SANITARIE* E DI MEDICI NON CONVENZIONATI CON *BLUE ASSISTANCE*

L'*Assicurato* che utilizzi:

a. *strutture sanitarie* e medici non convenzionati, oppure
b. *strutture sanitarie* e *medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, deve:
   - accedere alla propria area riservata dal sito https://www.italiana.it. per utilizzare la richiesta di rimborso tramite upload con le modalità indicate all'art.10.5, allegando la certificazione medica sulla natura della patologia, o dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza*;
   - fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di *intervento chirurgico* senza *ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive alla prestazione sanitaria;
   - provvedere personalmente al pagamento delle spese e presentare le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate; nel caso in cui siano stati presentati documenti in originale questi verranno restituiti ad avvenuta liquidazione. La documentazione deve essere accompagnata da certificazione della *struttura sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006).

Blue Assistance, ricevuta la documentazione necessaria, se la prestazione è compresa in garanzia rimborsa le spese sostenute dall'*Assicurato* con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.

C) UTILIZZO DI MEDICI NON CONVENZIONATI PRESSO *STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE*

Qualora l'*Assicurato* utilizzi medici non convenzionati presso una *struttura sanitaria convenzionata*, *Blue Assistance* paga direttamente la *struttura sanitaria* (fermo quanto previsto per la stessa alla lettera A) del presente articolo), mentre l'*Assicurato* deve provvedere al pagamento delle spese relative all'equipe medico-chirurgica. *Blue Assistance*, ricevuta la documentazione necessaria, se la prestazione è compresa in garanzia rimborsa le spese sostenute dall'*Assicurato* con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.

D) SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL *RICOVERO*

Le spese riferite alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, di cui all' art.7.1.1E), non vengono pagate direttamente da *Blue Assistance* ma rimborsate all'*Assicurato* con le regole e i limiti previsti all'art. 8.1, indipendentemente dal convenzionamento della *struttura sanitaria* e dei medici chirurghi.

E) ALTA DIAGNOSTICA

Le spese di cui all'art.7.1.1R), non vengono pagate direttamente da *Blue Assistance* ma rimborsate all'*Assicurato* con le regole e i limiti previsti all'art. 8.1, indipendentemente dal convenzionamento *della struttura sanitaria* e dei medici chirurghi.

F) UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, *Blue Assistance*, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede alla liquidazione dell'Indennità sostitutiva del rimborso (come indicato all'art.7.1.1J)).

G) UTILIZZO DI FONDI, CASSE O ALTRE FORME DI ASSICURAZIONE

In caso di ricorso a fondi, casse o altre forme di assicurazione, in forma diretta o indiretta, *Blue Assistance*, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede al rimborso delle spese indennizzabili rimaste a carico dell'*Assicurato*.

H) *RICOVERO* ALL'ESTERO

1. *Ricovero* o *intervento chirurgico* programmato

Per *ricovero* o *intervento chirurgico* programmato s'intende l'utilizzo di *strutture sanitarie* estere allo scopo di effettuare un *ricovero* o un *intervento chirurgico*.

La possibilità di accedere all'utilizzo di *strutture sanitarie convenzionate* o di fiducia all'estero e di usufruire del pagamento diretto di *Blue Assistance* è condizionata alla preventiva telefonata da parte dell'*Assicurato* a *Blue Assistance* almeno 5 giorni lavorativi prima della data del *ricovero* dell'*intervento chirurgico* affinché verifichi l'effettiva esistenza dell'accordo con la *struttura sanitaria* ed in base ad esso si stabilisca la modalità di liquidazione che verrà attivata:

- nel caso di *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance* il pagamento diretto avverrà integralmente, senza applicazione di *scoperti* e *franchigie*, salvo eventuali *franchigie* e *scoperti* derivanti da regolamentazioni sanitarie presenti nell'allegato alla *scheda di polizza*;
- nel caso di *strutture sanitarie* di fiducia di *Blue Assistance*, il pagamento diretto avverrà integralmente, senza applicazione di *scoperti* e *franchigie*, salvo eventuali *franchigie* e *scoperti* derivanti da regolamentazioni sanitarie presenti nell'allegato alla *scheda di polizza*; In caso di acquisto della Condizione aggiuntiva di cui all'art. 7.4.5 *SCOPERTO* FUORI NETWORK la *Società* paga direttamente le spese relative alle prestazioni erogate all'*Assicurato* fino alla concorrenza del 70%, restando a carico dell'*Assicurato* uno *scoperto* del 30%.

Resta convenuto che:

- l'eventuale differenza tra l'*indennizzo* liquidato da *Blue Assistance* e il costo totale della prestazione, così come eventuali *scoperti* o *franchigie*, devono essere pagati personalmente dall'*Assicurato* alla *struttura sanitaria*;
- nel caso in cui *Blue Assistance* non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'*Assicurato* deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente preconcordate da *Blue Assistance*.

Il personale di *Blue Assistance* è a disposizione degli *Assicurati*:

- dalle ore 8.00 alle 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle 12.00 del sabato, per la prenotazione delle *strutture sanitarie* e dei *medici chirurghi convenzionati*, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, *Blue Assistance* paga direttamente sia la *struttura sanitaria* sia i medici. L'*Assicurato* deve acquisire personalmente la *cartella clinica* presso la *struttura sanitaria* e fornirla a *Blue Assistance*. Resta a carico dell'*Assicurato* la traduzione della *cartella clinica*.
In mancanza del preventivo accordo con *Blue Assistance* o in caso di mancata autorizzazione de pagamento diretto, la *Società* rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'*Assicurato*. In caso di acquisto della Condizione aggiuntiva di cui all'art. 7.4.5 SCOPERTO FUORI NETWORK la *Società* rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'*Assicurato* fino alla concorrenza del 70%, restando a carico dell'*Assicurato* uno *scoperto* del 30%.
In tal caso l'*Assicurato* deve:

- provvedere personalmente al pagamento delle spese;
- accedere alla propria area riservata dal sito https://www.italiana.it. per utilizzare la richiesta di rimborso tramite upload con le modalità indicate all'art.10.5, allegando la certificazione medica sulla natura della patologia, o dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza*;
- fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di *intervento chirurgico* senza *ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria;
- presentare le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate, o, su richiesta da parte di *Blue Assistance*, documentazione equipollente a carico dell'*Assicurato*; nel caso in cui siano stati presentati documenti in originale questi verranno restituiti da *Blue Assistance* con indicazione dell'avvenuta liquidazione. La documentazione deve essere accompagnata da certificazione della *struttura sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006).

Blue Assistance - verificata l'operatività della garanzia - procede al rimborso delle spese entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione, con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta. Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro l'euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle principali pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

2. *Ricovero* per *malattia improvvisa* o *infortunio*

Per i *ricoveri* all'estero resi necessari da *malattia improvvisa* o da *infortunio* accaduto all'estero, il rimborso delle spese che l'*Assicurato* dovesse sostenere per cure o interventi urgenti non procrastinabili ricevuti sul posto viene effettuato senza applicazioni di *scoperti* e *franchigie*. Qualora l'*Assicurato* intenda usufruire del pagamento diretto delle spese mediche sul posto deve contattare immediatamente la *Centrale Operativa* al verificarsi del *sinistro* affinché essa possa provvedere, se operativamente possibile, alla presa in carico delle spese mediche purché si tratti di *ricovero* con almeno un pernottamento. Resta convenuto che l'eventuale differenza tra l'*indennizzo* liquidato da *Blue Assistance* e il costo totale della prestazione, così come eventuali *franchigie* riportate nella *scheda di polizza*, devono essere pagati personalmente dall'*Assicurato* alla *struttura sanitaria*.
Nei casi in cui non fosse possibile effettuare il pagamento diretto o l'*Assicurato* non avesse richiesto il pagamento diretto, l'*Assicurato* stesso deve:

- provvedere direttamente al pagamento delle spese;
- accedere alla propria area riservata dal sito https://www.italiana.it per utilizzare la richiesta di rimborso tramite upload con le modalità indicate all'art.10.5, allegando la certificazione medica sulla natura della patologia, o dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza*;

- fornire copia della *cartella clinica* completa o, in caso di *intervento chirurgico* senza *ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive alla prestazione sanitaria;
- presentare le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate, o, su richiesta da parte di *Blue Assistance*, documentazione equipollente a carico dell'*Assicurato*; nel caso in cui siano stati presentati documenti in originale questi verranno restituiti da *Blue Assistance* con indicazione dell'avvenuta liquidazione. La documentazione deve essere accompagnata da certificazione della *struttura sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006).

Blue Assistance - verificata l'operatività della garanzia - procede al rimborso delle spese entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione. Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro l'euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle principali pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

3. Anticipo spese mediche

La possibilità di usufruire della presa in carico diretta del *sinistro* come riportato ai precedenti punti 1 e 2, è condizionata alla preventiva telefonata e all'autorizzazione al pagamento diretto da parte di *Blue Assistance*. Nei casi in cui non sia possibile procedere con il pagamento diretto della prestazione, l'*Assicurato* ha diritto ad ottenere un'anticipazione dell'*indennizzo* a condizione che fornisca la documentazione medica sufficiente alla *Società* per accertare l'indennizzabilità del *sinistro* stesso.

La *Società* anticiperà all'*Assicurato* la somma:

- a condizione che il preventivo di spesa formulato dalla *struttura sanitaria* sia di almeno euro 10.000;
- entro il limite del 60% della *somma assicurata* e con il massimo di euro 50.000;
- a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di *polizza* delle spese di *ricovero*.

Qualora a cure ultimate dovesse risultare che l'*indennizzo* non era dovuto o era dovuto in misura inferiore a quanto anticipato, la *Società* ha diritto alla restituzione, entra 15 giorni dalla richiesta formale degli importi anticipati.

10.5 RICHIESTA DI RIMBORSO TRAMITE UPLOAD

L'*Assicurato*, se in possesso delle credenziali (e-mail e password), potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'*Assicurato* dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.italiana.it.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La *Società* si riserva di effettuare, con i medici e con le *strutture sanitarie*, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale. La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza. Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo).

SEZIONE ASSISTENZA

All'*Assicurato* che si trovi in difficoltà a seguito di *malattia* o di *infortunio* verificatosi durante il periodo di validità dell'*assicurazione* o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, *Blue Assistance*, società di servizi specializzata nel settore sanitario, offre le prestazioni di seguito indicate.
Per poterne usufruire l'*Assicurato* deve contattare la *Centrale Operativa*, funzionante 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

- telefono, ai numeri:

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
Numero Verde 800-686472	+39 011 742 57 33

- posta elettronica, all'indirizzo: assistenza@blueassistance.it

COMUNICANDO:

- le proprie generalità
- il numero di *polizza*
- il tipo di assistenza richiesta
- il numero di telefono del luogo di chiamata e l'indirizzo, anche temporaneo.

Qualora l'*Assicurato* non abbia contattato per qualsiasi motivo la *Centrale Operativa*, la *Società* non indennizza prestazioni non disposte direttamente dalla *Centrale Operativa* stessa.

11. CHE COSA POSSO ASSICURARE

La *Società* assicura le persone indicate nella *scheda di polizza* e presta le garanzie sottoindicate solo se esplicitamente richiamate nella *scheda di polizza*.

11.1 ASSISTENZA

11.1.1 CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia* necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto, direttamente o tramite il proprio medico curante, con i medici della *Centrale Operativa* che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore. Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche. Il servizio opera 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.

11.1.2 INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO IN ITALIA

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, necessiti di un medico dalle ore 20.00 alle ore 8.00 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la *Centrale Operativa*, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare al domicilio dell'*Assicurato*, o nel luogo in cui questi si trova, purché sempre in Italia, a spese della *Società* un medico. In caso di impossibilità da parte del medico ad intervenire personalmente, la *Centrale Operativa* organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento mediante autoambulanza dell'*Assicurato* nel centro medico idoneo più vicino.

11.1.3 INVIO DI UN INFERMIERE A DOMICILIO

Qualora l'*Assicurato*, nella settimana successiva al rientro da un *ricovero* in ospedale a seguito di *infortunio* o *malattia*, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la *Centrale Operativa* procurerà direttamente all'*Assicurato* un infermiere a tariffa agevolata, assumendone la *Società* l'onorario fino ad un massimo di € 200 per *sinistro*.

11.1.4 CONSEGNA MEDICINALI ED ARTICOLI SANITARI URGENTI A DOMICILIO

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, abbia bisogno, come da prescrizione medica scritta, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio, o dal luogo in cui si trova, per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la *Centrale Operativa*, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'*Assicurato*, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari rimane a carico dell'*Assicurato*.
La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'*Assicurato* e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali.

11.1.5 CONSEGNA SPESA A DOMICILIO

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di un *ricovero* in *struttura sanitaria* superiore a 5 giorni per *infortunio* o *malattia*, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la *Centrale Operativa*, nei primi 15 giorni di convalescenza post-*ricovero*, provvederà all'invio di un proprio incaricato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la *Società* a proprio carico il compenso di due ore ad intervento e per un massimo di tre invii per ogni periodo post-*ricovero*.
I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'*Assicurato*.
La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - fino a due volte la settimana, previo accordo con l'*Assicurato*.

11.1.6 COLLABORATRICE FAMILIARE

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, sia stato ricoverato in *struttura sanitaria* per un periodo superiore a 5 giorni e sia temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la *Centrale Operativa* segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'*Assicurato*, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la *Società* a carico il relativo costo fino ad un massimo di € 200 per *sinistro*.
Per l'attivazione della garanzia, l'*Assicurato* deve comunicare alla *Centrale Operativa* la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.

11.1.7 TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA IN ITALIA

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, necessiti di essere trasportato dalla *struttura sanitaria* presso il quale è stato ricoverato alla propria residenza, la *Centrale Operativa* provvederà ad inviare direttamente un'autoambulanza, tenendo la *Società* a proprio carico la relativa spesa.

11.1.8 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, risulti non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della *Centrale Operativa*, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la *Centrale Operativa* provvederà:

a) a individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, la *struttura sanitaria* in Italia o all'estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'*Assicurato*;
b) ad organizzare il trasporto dell'*Assicurato* con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
   - aereo sanitario;
   - aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
   - treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
   - autoambulanza, senza limiti di chilometraggio.

La *Centrale Operativa* utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo.

c) ad assistere l'*Assicurato* durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della *Centrale Operativa*.

La *Società* terrà a proprio carico le relative spese.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che, a giudizio dei medici, possono essere curate presso l'unità ospedaliera della regione di residenza dell'*Assicurato*, le terapie riabilitative, nonché le *malattie* infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali ed internazionali.

11.1.9 RIENTRO DAL CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

Quando l'*Assicurato*, in conseguenza della prestazione di cui all'art. 11.1.8 che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la *Centrale Operativa* provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della *Centrale Operativa* stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'*Assicurato*:

– aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
– treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
– autoambulanza, senza limiti di chilometraggio.

Il trasporto è interamente organizzato dalla *Centrale Operativa* ed effettuato a spese della *Società*, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della *Centrale Operativa*.

La *Società* terrà a proprio carico le relative spese.

L'*Assicurato* deve comunicare alla *Centrale Operativa* la *struttura sanitaria* presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la *Centrale Operativa* possa stabilire i necessari contatti.

Le prestazioni di cui agli artt. da 11.1.10 a 11.1.18 che seguono sono fornite esclusivamente a seguito di *sinistri* verificatisi ad oltre 50 km dal Comune di residenza dell'*Assicurato*.

11.1.10 RIENTRO 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 *Centrale Operativa* ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto nella *struttura sanitaria* più idonea al suo stato di salute ovvero l'*Assicurato* debba essere trasferito in un *struttura sanitaria* attrezzata in Italia o alla sua residenza in Italia, la *Centrale Operativa* provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

– aereo sanitario;
– aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
– treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
– autoambulanza, senza limiti di chilometraggio.

La *Centrale Operativa* utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo.

Il trasporto è interamente organizzato dalla *Centrale Operativa* ed effettuato a spese della *Società*, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della *Centrale Operativa* stessa.

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. La prestazione, inoltre, non è 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.

11.1.11 RIENTRO CON UN FAMILIARE

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'*Assicurato*, in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario" di cui all'art. 11.1.10 che precede, ed i medici della *Centrale Operativa* non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la *Centrale Operativa* organizzerà anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'*Assicurato*. La *Società* terrà a proprio carico il relativo costo.

11.1.12 ANTICIPO SPESE MEDICHE.

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la *Centrale Operativa* pagherà, per conto dell'*Assicurato*, le fatture fino ad un importo massimo di €1.000 per *sinistro*.
La prestazione non è operante:

- nei Paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della *Centrale Operativa*;
- 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 *Centrale Operativa* garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.

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

11.1.13 VIAGGIO DI UN FAMILIARE

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, necessiti di un *ricovero* in *struttura sanitaria* per un periodo superiore a 7 giorni, la *Centrale Operativa* metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'*Assicurato* ricoverato. La *Società* terrà a proprio carico la relativa spesa. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

11.1.14 ACCOMPAGNAMENTO DI MINORI

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, accompagnato da minori di 15 anni si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro, la *Centrale Operativa* provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno, per permettere ad un familiare convivente, residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. La *Società* terrà a proprio carico le relative spese. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

11.1.15 AUTISTA A DISPOSIZIONE

Qualora l'*Assicurato* si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, comprovato da certificazione medica scritta, e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la *Centrale Operativa* metterà a disposizione un autista per ricondurre il veicolo ed eventualmente i passeggeri fino alla città di residenza dell'*Assicurato* stesso, secondo l'itinerario più breve. La *Società* terrà a proprio carico l'onorario dell'autista fino a un massimo di € 500 per *sinistro*, mentre restano a carico dell'*Assicurato* le spese relative a carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, ecc.).
Nel caso in cui l'*Assicurato* rientrasse senza attendere l'autista, deve specificare il luogo dov'è in custodia il veicolo da ritirare e lasciare sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione alla guida del veicolo e, se si trova all'estero, la Carta Verde.

11.1.16 PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa* comprovato da certificazione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro alla propria residenza in Italia alla data stabilita, la *Centrale Operativa*, ricevuta la sua comunicazione, organizzerà il prolungamento del suo soggiorno in albergo (limitatamente al pernottamento e alla prima colazione), tenendo la *Società* a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di 10 giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di € 60 al giorno.
Al suo rientro l'*Assicurato* dovrà fornire tutta la documentazione necessaria a giustificare il prolungamento del soggiorno.

11.1.17 RIENTRO SALMA

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, sia deceduto, la *Centrale Operativa* organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la *Società* a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 3.000 per *sinistro*, ancorché siano coinvolti più assicurati.
Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento in cui in Italia la *Centrale Operativa* avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.
Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

11.1.18 INTERPRETE A DISPOSIZIONE

Se l'*Assicurato* viene ricoverato all'estero, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, e ha difficoltà a comunicare in lingua locale, la *Centrale Operativa* provvederà ad inviare un interprete tenendo a proprio carico il costo della prestazione fino ad un massimo di 8 ore lavorative.

11.1.19 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

A. Ospedalizzazione domiciliare
In caso di *ricovero* dell'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia* che abbia comportato un *ricovero* di almeno 8 giorni, la *Centrale Operativa* organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del *ricovero* in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 30 giorni.
Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dal servizio medico della *Centrale Operativa* in accordo con i medici curanti dell'*Assicurato*. La *Centrale Operativa* dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo rispetto al momento delle dimissioni.
I costi sono a carico della *Società*.

B. Servizi Sanitari
Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia* che abbia comportato un *ricovero* di almeno 8 giorni, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami o della consegna di farmaci urgenti, la *Centrale Operativa*, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dalla *struttura sanitaria*.

C. Servizi non Sanitari
Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia* che abbia comportato un *ricovero* di almeno 8 giorni se con *intervento chirurgico* o di almeno 12 giorni se senza *intervento chirurgico*, non possa lasciare il proprio domicilio, la *Centrale Operativa*, accertata la necessità della prestazione, garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dalla *struttura sanitaria*.

11.1.20 MEDICAL ADVICE PROGRAM

(in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali).
Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, per i quali sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico, desideri richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, verrà, attraverso gli operatori della *Centrale Operativa*, messo in contatto con la Centrale di Telemedicina che, previo contatto telefonico con l'*Assicurato*, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita, nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di *Centri di eccellenza* facenti parte del Network Salute.
L'*Assicurato* dovrà telefonare alla *Centrale Operativa* che lo metterà in contatto con la Centrale di Telemedicina, a cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere da parte degli specialisti dei *Centri di eccellenza* del Network Salute.

A. Consulenza medica di secondo livello
I medici della Centrale di Telemedicina, valutata la richiesta dell'*Assicurato*, effettuano con questo l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti. In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e potrà essere definita, dove richiesta, una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici (Check-up).

B. Attivazione della rete nazionale di *Centri di eccellenza*
A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva dei medici della *Centrale Operativa* si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'*Assicurato*, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico ed all'elaborazione dei quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti dei *Centri di eccellenza*. Tutti i dati clinici saranno trasmessi attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri ai Centri medici di riferimento.
Il Centro medico di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei medici specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso.
I costi della *visita specialistica* saranno a carico della *Società* così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di € 200 per *sinistro*.
I medici specialisti dei *Centri di eccellenza* formuleranno rapidamente la propria risposta scritta, che verrà inviata alla Centrale di Telemedicina la quale, a sua volta, la trasmetterà all'*Assicurato*, aiutandolo, ove occorra, ad interpretarla. La *Società* terrà a proprio carico tutti i costi.

C. Attivazione del secondo parere internazionale
Qualora, su indicazione dei medici della *Centrale Operativa* o di quelli dei *Centri di eccellenza* nazionale, si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della *Centrale Operativa* al fine di erogare il servizio di secondo parere internazionale.
Tale servizio prevede la raccolta della documentazione dell'*Assicurato*, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico al Centro internazionale individuato e la predisposizione di un secondo parere scritto da parte del Centro internazionale.

12. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



Ciascuna prestazione è operativa fino ad un massimo di tre volte per ciascun tipo ed anno assicurativo.
In caso di permanenza continuativa all'estero, la garanzia Assistenza è operante fino a 60 giorni per anno assicurativo.

13. CHE COSA NON È ASSICURATO



La *Società* non eroga le prestazioni qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta o indiretta di:
a) *malattie preesistenti* alla stipulazione di *polizza*;
b) *infortuni* e/o disturbi in atto al momento della partenza e/o della decorrenza della *polizza*, e noti all'*Assicurato*;
c) forme maniaco depressive, disturbi paranoici, schizofrenia, epilessia, sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
d) prestazioni aventi finalità estetiche e relative conseguenze;
e) guerra, insurrezione, operazioni militari, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;

f) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
g) abuso di alcool e/o psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni o comunque volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
h) uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in allenamenti, gare, corse e relative prove nonché giri su pista e atti di temerarietà;
i) movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, e altre calamità naturali se è stato dichiarato lo "stato di calamità naturale";
j) atti dolosi compiuti o tentati dell'*Assicurato*;
k) *infortuni* derivanti dalla pratica di sport aerei in genere;
l) *infortuni* derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).

Le prestazioni non sono fornite in quei paesi che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.
Valgono inoltre le specifiche esclusioni o deroghe eventualmente previste nelle singole garanzie.

14. TABELLA INDICATIVA DEI LIMITI

Prestazione	Limite/*Massimale*
Invio di un infermiere a domicilio	**€ 200 per *sinistro***
Consegna spesa a domicilio	**Utilizzabile nei primi 15 giorni di convalescenza post-*ricovero*. Due ore ad intervento per un massimo di tre invvi per ogni periodo post *ricovero***
Collaboratrice familiare	**€ 200 per *sinistro***
Rientro sanitario	**Oltre 50 km dalla residenza**
Rientro con un familiare	**Oltre 50 km dalla residenza**
Anticipo spese mediche	**Oltre 50 km dalla residenza. € 1.000 per *sinistro***
Viaggio di un familiare	**Oltre 50 km dalla residenza**
Accompagnamento minori	**Oltre 50 km dalla residenza**
Autista a disposizione	**Oltre 50 km dalla residenza. € 500 per *sinistro***
Prolungamento del soggiorno	**Oltre 50 km dalla residenza. Massimo di 10 giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di € 60 al giorno**
Rientro salma	**Oltre 50 km dalla residenza. € 3.000 per *sinistro***
Interprete a disposizione	**Oltre 50 km dalla residenza. Massimo 8 ore lavorative dell'interprete.**
Assistenza Domiciliare Integrata	**Massimo 30 giorni dalla dimissione dala *struttura sanitaria***
Medical Advice Program	**Costi della visita specialistica e spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di € 200 per *sinistro***

15. CHE COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO*

15.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per attivare la garanzia l'*Assicurato* deve contattare immediatamente la *Centrale Operativa* e deve inoltre:

A. fornire ogni informazione richiesta;
B. sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla *Centrale Operativa*;
C. produrre, se richiesta dalla *Centrale Operativa*, copia della *cartella clinica* completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

La *Società* ha facoltà di richiedere qualsiasi documentazione a comprova dell'evento che ha determinato la prestazione fornita e non perde il diritto a far valere in qualunque momento ed in ogni caso eventuali eccezioni.

15.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

La *Società* non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite od usufruite solo parzialmente per scelta dell'*Assicurato* o per negligenza di questi. La *Società* non assume responsabilità per danni conseguenti a un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita e imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.

15.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

La *Società* si riserva il diritto di chiedere all'*Assicurato* il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di assicurazione.

APPENDICE 1 - ELENCO *GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI*

CRANIO
- Asportazione di neoplasie endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Operazioni per encefalo meningocele.

FACCIA E BOCCA
- Plastica per paralisi di nervo facciale.
- Parotidectomia con conservazione del facciale.
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo.
- Interventi per tumori maligni della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare.
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare4.
- 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.

COLLO
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Interventi per asportazioni di tumori maligni del collo.
- Interventi sulle paratiroidi.

TORACE
- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare.
- Interventi sul mediastino per tumore.
- Interventi sul mediastino per ascessi.
- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumectomia.
- Decorticazione polmonare.
- Pleuro pneumectomia.
- Toracectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Resezione bronchiale con reimpianto.

TUBERCOLOSI POLMONARE
- Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Asportazione del timo.
- Toracoplastica totale.

CHIRURGIA CARDIACA
- Pericardiectomia parziale e totale.
- Interventi per corpi estranei nel cuore.
- Commisurotomia.
- Interventi sul cuore in circolazione extra corporea e ipotermia (oltre l'intervento casuale).
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Valvuloplastica della mitrale o dell'aorta.
- Sostituzione valvolare (escluso protesi).
- Infartectomia in fase acuta.
- Resezione di aneurisma del ventricolo sinistro.

– By-pass aortocoronarico con vena.
– By-pass aorto-coronarico e resezione di aneurisma del ventricolo sinistro.
– Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg, singolo e doppio.
– Impianto di pace-maker epicardio per via toracotomica o frenicopericardica (escluso pace-maker).
– Asportazione dei tumori endocavitari del cuore.
– By-pass aorto biliaco o bifemorale

ESOFAGO
– Interventi per diverticolo dell'esofago toracico.
– Resezione dell'esofago cervicale.
– Collocazione di protesi endoesofagea per via toracolaparatomica.
– Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
– Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico.
– Operazioni sull'esofago con resezioni parziali basse, parziali alte, totali.

ERNIE
– Intervento per ernie diaframmatiche.

PERITONEO
– Occlusione intestinale di varia natura con resezione intestinale o con invaginazione intestinale.

STOMACO E DUODENO
– Gastro-enterostomia.
– Resezione gastrica.
– Gastrectomia totale.
– Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.
– Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica.
– Cardiomiotomia extramucosa.

INTESTINO
– Resezione del tenue.
– Resezione ileo-cecale.
– Colectomia segmentaria.
– Colectomia totale.
– Entero anastomosi.

RETTO-ANO
– Amputazione del retto per via sacrale.
– Amputazione del retto per via addomino-perineale, in uno o più tempi.

FEGATO E VIE BILIARI
– Epatotomia semplice per cisti da echinococco.
– Resezione epatica.
– Epatico e coledocotomia.
– Colecistectomia.
– Papillotomia per via transduodenale.
– Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
– Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrotomia, colecistoenterostomia).

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 della testa, della coda, totale.
– Splenectomia.
– Anastomosi portacava, spleno-renale.
– Anastomosi mesenterica-cava.

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

a) Neurochirurgia
  – Interventi per derivazione liquorale diretta e indiretta.
  – Lobotomia ed altri interventi di psicochirurgia.
  – Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.
  – Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
  – Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni meningomidollari.
  – Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi.
  – Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
  – Emisferectomia.

b) Simpatico e vago
  – Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanici.
  – Intervento sul simpatico lombare per gangliectomia lombare e spalicectomia.
  – Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale.

c) Nervi
  – Anastomosi spino-facciale e simili.

VASI

– Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco branchio-cefalico, iliache.
– Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica 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.
– Interventi per innesti di vasi.
– Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale.

PEDIATRIA

– Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).

ORTOPEDIA

– Disarticolazione interscapolo-toracica.
– Emipelvectomia.
– Vertebrotomia
– Artoprotesi di anca, tibia, tarsico, polso ginocchio, gomito (escluso protesi) - Intervento per ernia del disco intervertebrale.

UROLOGIA

– Intervento per fistola vescico-rettale.
– Cistectomia totale con uretero sigmoidostomia.
– Ileocisto plastica.
– Colicisto plastica.
– Cistectomia parziale, totale con ureterosigmoidostomia.
– Prostatectomia sottocapsulare per adenoma.
– Prostatectomia radicale per carcinoma.
– Intervento per fistola vescico-intestinale.
– Intervento per estrofia della vescica.
– Nefrectomia semplice e allargata per tumore.

– Nefroureterectomia totale.
– Trapianto renale.
– Resezione renale.

APPARATO GENITALE MASCHILE
– Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadenectomia.
– Amputazione totale con svuotamento delle regioni inguinali.
– Emasculazione totale.

GINECOLOGIA-OSTETRICIA
– Intervento vaginale ed addominale per incontinenza orinaria.
– Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale, ureterale, retto vaginale.
– Metroplastica.
– Riduzione per "vaginam" di spostamenti uterini.
– Interventi radicali per tumori maligni vulvari e vaginali.
– Pannisterectomia radicale per via addominale e per via vaginale.
– Eviscerazione pelvica.
– Vulvectomia totale.
– Laparatomia per rotture di utero.

OCULISTICA
– Trapianto corneale a tutto spessore.
– Operazione di Kronlein od orbitotomia.
– Operazioni fistolizzanti combinate per glaucoma.
– Iridocicloretrazione.
– Trabeculoctomia.
– Cerchiaggio o resezione sclerale per distacco.

OTORINOLARINGOIATRIA
– Chirurgia della sordità otosclerotica.
– Chirurgia translabirintica delle vertigini.
– Antroatticotomia.
– Antroatticotomia con trapanazione del labirinto.
– Operazioni trasmastoidee e sul facciale.
– 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.

RIENTRANO NEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
– Trapianto ed espianto di organi.

APPENDICE 2 - ELENCO PRESTAZIONI MEDICO CHIRURGICHE

Metodologia di riferimento per la determinazione del limite di *indennizzo* come da Voce 2 – "Spese per *intervento chirurgico*" delle prestazioni:

Classe di Intervento	Percentuale sulla Voce 2
1	10%
2	25%
3	35%
4	70%
5	100%

In caso di *interventi chirurgici* multipli contemporanei verrà rimborsata a tariffa piena l'operazione con la percentuale maggiore. Ogni ulteriore intervento in campi operatori diversi verrà rimborsato con il massimo del 50% del rimborso tariffario. Se effettuato invece nello stesso campo operatorio verrà rimborsato con il massimo del 25% del rimborso tariffario.

RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Dacriocistostenting	2
Angiografia diagnostica dei vasi cerebro afferenti	3
Trattamento endovascolare delle stenosi vasi epiaortici (carotide vertebrale) con o senza posizionamento di endoprotesi	3
Trattamento endovascolare delle stenosi vasi endocranici con o senza posizionamento di endoprotesi	5
Trattamento endovascolare delle dissezioni vasi cerebro afferenti con o senza endoprotesi	3
Occlusione aneurismi cerebrali	5
Trattamento malformazioni arterovenose cerebrali e spinali	5
Trattamento fistole intracraniche cerebrali e spinali	5
Embolizzazione preoperatoria di neoplasie intra od extracraniche per devascolarizz.	3
Fibrinolisi endoarteriosa in corso di stroke acuto cerebrale	4
Trattamento endovascolare delle stenosi ateromasiche con o senza posizionamento endoprotesi	2
Trattamento di malformazioni vascolari	3
Trattamento endovascolare di aneurismi aortici	3
Posizionamento di filtri cavali	3
Drenaggi biliari percutanei	3
Drenaggi percutanei di raccolte ascessuali eco e/o T. C. guidati	2
Biopsie eco e/o T. C. guidate	2
Posizionamento aghi radioattivi intracavitari	1

CHIRURGIA

CHIRURGIA GENERALE

Detersione, sutura e medicazione di ferita, con rimozione di punti di sutura	1
Incisione e drenaggio di ascesso dei tessuti sottocutanei e sottomucosi	1
Incisione e drenaggio di ematoma dei tessuti molli	1
Asportazione di neoformazione benigna di cute e dei tessuti molli	1
Asportazione di neoplasia maligna della cute	2
Asportazione di cisti pilonidale	1
Trapianto di cute	1
Plastica con lembi cutanei	1
Asportazione di corpo estraneo ritenuto nei tessuti molli	1
Onicoexeresi con o senza conservazione della matrice ungueale	1
Plastica per ernia inguinale, crurale, ombelicale o epigastrica	2
Ricostruzione della parete intestinale per laparocele	2
Plastica per ernia strozzata con resezione intestinale	3
Plastica per ernie rare (ischiatica, otturatoria, lombare)	2
Laparotomia e laparoscopia esplorativa e diagnostica	2
Posizionamento di dispositivi sottocutanei per chemioterapia	1
Biopsia linfonodale	1
Interventi di linfoadenectomia isolati	2
Linfoadenectomia cervico-mediastinica	3

CHIRURGIA DELL'ESOFAGO

Trattamento di rottura esofagea per sutura diretta	3
Rimozione chirurgica di corpo estraneo ritenuto	2
Trattamento chirurgico di varici esofagee	4
Trattamento endoscopico di varici esofagee	2
Dilat. endoscopica di stenosi esofagea con/senza posizionamento di stent	2
Asportazione endoscopica di neoplasia esofagea	2
Esofagectomia e ricostr. con tubulizzazione gastrica o con interposizione	5
by-pass esofago-gastrici per neoplasie non resecabili dell'esofago	4
Esofagomiotomia e plastica antireflusso per acalasia e disturbi dell'esofago	3
Miotomia cricofaringea e resez. diverticolare o diverticolopessi faringoesofageo	3
Diverticolectomia parabronchiale	3
Esofagomiotomia e diverticolectomia per diverticolo epifrenico	3
Terapia chirurgica della malattia da reflusso gastroesofageo con plastica antireflusso	2
Diversione esofagea	2

CHIRURGIA DELLO STOMACO

Resezione gastrica per lesioni ulcerative o neoplastiche	3
Vagotomia	3
Piloroplastica	3
Gastroenterostomia	3
Sutura diretta gastrica per perforazione di origine ulcerativa o traumatica	3

Gastrectomia semplice o allargata	3
Gastrostomia chirurgica	2
Gastroscopia con prelievo bioptico	2
Rimozione endoscopica di corpi estranei	2
Rimozione endoscopica di neoplasie benigne gastriche o duodenali	2
Emostasi endoscopica di lesione ilcerativa emorragica	2
Reinterventi sullo stomaco	3
Gastroscopia	1

CHIRURGIA DEL DUODENO

Duodenotomia e duodenorrafia	3
Asportazione di diverticoli duodenali	3
Terapia chirurgica della stenosi duodenale da compasso aorto mesenterico	3
Terapia chirurgica della fistola aorto-duodenale	5

CHIRURGIA DEL DIGIUNO ED ILEO

Enterotomia, enterorrafia, enteroplastica	3
Ileostomia	2
Resezione ileale con entero-entero anastomosi	3
Resezione del diverticolo di Meckel	3
Lisi aderenze, correz. invaginaz. intest., sbrigliamento, volvolo, ernie intere	3
Chiusura di fistola del tenue	3
Interventi di by-pass ileale	3
Appendicectomia	2
Emicolectomia destra per tumori dell'appendice	3
Resezione parziale del tenue e interventi di by-pass per morbo di Crohn	3

CHIRURGIA DI COLON, SIGMA E RETTO

Colonscopia/Rettoscopia	1
Colonscopia/Rettoscopia con Biopsia	1
Colotomia, Colorrafia, Colostomia	2
Chiusura di colostomia per via intra o extraperitoneale	2
Resezione segmentarie del colon	3
Derivazioni interne, anastomosi ileocoliche e colocoliche	3
Intervento di Hartmann	3
Interv. esteriorizzazione colica con resezi. segmentaria secondo Mikulicz	3
Emicolectomia sinistra	3
Resezione del colon traverso	3
Colectomia sub-totale	3
Colectomia o rettocolectomia con anastomosi ileo rettale o ileo anale	3
Resezione colica in più tempi	3
Derotazione chirurgica del sigma per volvolo	3
Miotomia del sigma	3
Resez. retto colica anteriore, exeresi del retto con conserv. degli sfinteri	4
Amputazione del retto per via addomino perineale secondo Miles	4

Proctocolectomia con ileostomia terminale	4
Asportazione endoscopica di polipi colo-rettali	1

CHIRURGIA DELL'ANO

Emorroidectomia secondo Milligan e Morgan	1
Riduzione di prolasso emorroidario con suturatrice meccanica secondo Longo	2
Escissione di ragade anale con o senza sfinterotomia	1
Incisione e drenaggio di ascessi perianali	1
Fistolectomia perianale	1
Interventi di rettopessi per prolasso del retto	2

CHIRURGIA DELLA COLECISTI, VIE BILIARI E PANCREAS

ERCP compreso papillo sfinterotomia ed estrazione di calcoli coledociti	3
Posizionamento endoscopico di endoprotesi transpapillare nelle vie biliari	2
Colecistectomia	3
Esplorazione delle vie biliari e colangiolitotomia	3
Reinterventi sulle vie biliari	3
Anastomosi bilio-digestive	3
Colecistectomie allargate con/senza resez. epatica per ca della colecisti	4
Derivazioni biliari palliative	3
Resez. vie biliari e anastomosi biliodigestive per ca della biforc. epatica	4
Interventi di sutura e drenaggio per lesioni traumatiche del pancreas	3
Resezione della coda del pancreas	3
Resezione parziale di testa e corpo del pancreas	5
Drenaggio interno di pseudocisti pancreatica	3
Pancreatico digiunostomia	3
Duodenocefalopancreasectomia secondo Whipple	5
Necrosectomia pancreatica e drenaggio peritoneale	3
Pancreasectomia totale	5
Drenaggio percutaneo o chirurgico di ascessi sub-frenici o sub-epatici	1

CHIRURGIA DEL FEGATO

Drenaggio chirurgico o percutaneo di ascessi del parenchima epatico	1
Sutura e drenaggio per lesioni traumatiche del fegato	3
Resezioni epatiche maggiori	4
Epatectomie segmentarie	4
Trapianto di fegato	5
Asportazione di cisti di echinococco	3
Metastatectomie epatiche	3
Trattamento chirurgico della ipertensione portale	5
Incannulamento della arteria epatica per chemioterapia loco regionale	2

CHIRURGIA DELLA MILZA

Sutura e drenaggio peritoneale per lesioni traumatiche della milza	3
Splenectomia	3
Splenectomia post-traumatica	3

CHIRURGIA DELL'APPARATO ENDOCRINO

Emitiroidectomia o tiroidectomia sub-totale per gozzo semplice e neoplasia	2
Enucleazione di cisti o adenoma tiroideo	2
Tiroidectomia totale per tumore della tiroide	4
Interventi sulle paratiroidi mono e/o bilaterale	3

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

Biopsia chirurgica di lesione nodulare del parenchima mammario	1
Asportazione di fibroadenoma mammario	1
Escissione nodulare benigna	1
Quadrantectomia e dissezione dei linfonodi ascellari	2
Mastectomia semplice	1
Mastectomia rad. o allargata con plastica o protesizzazione ricostruttiva	3

CHIRURGIA DEL TIMO

Intervento di asportazione del timo	3

CARDIOCHIRURGIA

VALVOLE, SETTI E STRUTTURE ADIACENTI

Valvuloplastica a cielo chiuso della valvola aortica	3
Valvuloplastica a cielo chiuso della valvola mitrale	3
Valvuloplastica a cielo chiuso della valvola polmonare	3
Valvuloplastica a cielo chiuso della valvola tricuspide	3
Valvuloplastica a cielo aperto della valvola aortica	4
Valvuloplastica a cielo aperto della valvola mitrale	4
Valvuloplastica a cielo aperto della valvola polmonare	4
Valvuloplastica a cielo aperto della valvola tricuspide	4
Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	5
Sostituzione della valvola aortica con protesi meccanica	5
Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi	5
Sostituzione della valvola mitrale con protesi meccanica	5
Sostituzione della valvola polmonare con bioprotesi	5
Sostituzione della valvola polmonare con protesi meccanica	5
Sostituzione della valvola tricuspide con bioprotesi	5
Sostituzione della valvola tricuspide con protesi meccanica	5
Creazione di difetto settale	4

Riparazione di difetto interatriale con protesi	4
Riparazione di difetto interatriale con sutura diretta	4
Riparazione di difetto interventricolare con protesi	4
Riparazione di difetto interventricolare con sutura diretta	4
Interventi sul muscolo papillare	4
Interventi sulle corde tendinee	4
Anuloplastica	4
Infudibulectomia	4

CHIRURGIA DEI VASI DEL CUORE

Angioplastica dell'arteria coronarica a torace aperto	3
Bypass aorto-coronarico di una arteria coronarica in vena	5
Bypass aorto-coronarico di due arterie coronariche in vena	5
Bypass aorto-coronarico di tre arterie coronariche in vena	5
Bypass aorto-coronarico di quattro arterie coronariche in vena	5
Bypass singolo in arteria mammaria interna	5
Bypass doppio in arteria mammaria interna	5
Riparazione di aneurismi dei vasi coronarici	5

CHIRURGIA DEL CUORE E PERICARDIO

Drenaggio pericardico per via percutanea	2
Drenaggio pericardico per via sotto-xifoidea	2
Cardiotomia	1
Pericardiotomia	3
Cateterismo del cuore destro	2
Cateterismo del cuore sinistro	2
Cateterismo del cuore destro e sinistro	3
Biopsia cardiaca	2
Biopsia pericardica	3
Mappatura cardiaca	3
Pericardiectomia	3
Rimozione di masse cardiache endocavitarie	4
Resezione di aneurisma cardiaco	4
Riparazione del cuore	4
Riparazione del pericardio	4
Trapianto cardiaco	5
Impianto di pallone di contropulsazione	3
Impianto di sistemi di circolazione assistita esterno	4
Impianto di sistemi di circolazione assistita impiantabile	5
Posizionamento o rimozione di elettrodo epicardico	3
Inserzione di pace-maker temporaneo	3
Sostituzione o revisione di pace maker cardiaco	3

CHIRURGIA DEL TORACE

CHIRURGIA DI POLMONI E BRONCHI

Asportazione del polmone e dei bronchi	4
Asportazione di lesione o tessuto bronchiale	4
Asportazione di lesione o tessuto bronchiale per via endoscopica	2
Asportazione di lesione o tessuto polmonare	4
Asportazione di lesione o tessuto polmonare per via endoscopica	2
Plicatura di bolle enfisematose	2
Resezione segmentale del polmone	4
Lobectomia	5
Pneumectomia completa	4
Resezione radicale di strutture toraciche	4
Broncoscopia	1
Biopsia bronchiale	2
Agobiopsia polmonare	2
Biopsia polmonare	2
Collassamento chirurgico del polmone	3
Riparazione di lacerazione bronchiale	4
Chiusura di fistola bronchiale	4
Riparazione di lacerazioni polmonari	3
Trapianto unilaterale del polmone	5
Trapianto bilaterale del polmone	5

CHIRURGIA DELLA PLEURA

Biopsia della pleura	2
Pleurectomia	4
Creazione di finestra pleuro-pericardica	2
Pleurosclerosi	2
Asportazione di lesione pleurica	3
Toracentesi	1
Messa in loco di drenaggio (PNX, emotorace)	1

CHIRURGIA DELLA PARETE TORACICA

Incisione della parete toracica	1
Biopsia della parete toracica	2
Asportazione di lesione della parete toracica	3
Riparazione della parete toracica	3
Riparazione di pectus excavatum lo carenatum	4
Riparazione di pectus carenatum	2

CHIRURGIA DEL MEDIASTINO

Biopsia del mediastino a cielo chiuso	2
Biopsia del mediastino a cielo aperto	2
Mediastinoscopia	2
Asportazione di lesione o tessuto mediastinico	3

CHIRURGIA DEL DIAFRAMMA

Biopsia del diaframma	2
Asportazione di lesione o tessuto diaframmatici	3
Riparazione di lacerazione del diaframma	3
Chiusura di fistola diaframmatica	4

ORTOPEDIA

ORTOPEDIA

Biopsia ossea	1
Artrodesi di piccoli e grandi segmenti ossei	1
Cisti sinoviale tendinea	1
Neurinoma di Morton o neurinoma della mano	1
Osteotomia di ossa lunghe	1
Trapianto osseo	2
Innesto osseo	1
Resezione sottocutanea di tendini e muscoli	1
Operazione radicale sulla vaginale tendinea (per tubercolosi)	1
Sutura di tendini, muscoli o fasce	1
Trapianto tendineo o muscolare	1
Trapianto di più tendini o muscoli in corrispondenza di un'estremità	2
Allungamento di tendini, fasce o muscoli o escissione plastica	1
Accorciamento tendineo, tenoraffia	1
Exeresi chirurgica di un corpo estraneo prof. da tessuti molli o dalle ossa	1
Osteotomia di piccole ossa	1
Inchiodamento e/o cerchiaggio di ossa piccole	1
Inchiodamento e/o cerchiaggio di ossa lunghe	1
Resez. di un osso lungo (anche con l'articolazione) con trapianto di osso	3
Allungamento chirurgico di arti o segmenti di arti	3
Resezione muscolare per sarcoma arti	2
Aspertazione di borsa mucosa	1
Estrazione di chiodi e/o fili metallici da osso tubolare piccolo e/o lungo	1
Intervento per pseudo artrosi	3
Applicazione di F.E. assiali o circolari per frattura o pseudo-artrosi	2
Applicazione chiodo endomidollare ossa lunghe di arti superiori e inferiori	2
Intervento per miglioramento di un moncone alle estremità	1
Apertura di un'articolazione purulenta	1
Amputazione dita	1
Amputazione di arto	2
Artroscopia diagnostica	1

CHIRURGIA ARTO SUPERIORE

Intervento per stenosi della vaginale tendinea con biopsia (dito a scatto o De Quervain)	1
Operazione radicale per contrattura di Dupuytren	2
Intervento per tunnel carpale	1
Operazione a carico delle articolazioni delle dita della mano	1
Ricostruzione della capsula articolare delle dita	1
Operazione per ganglioma (igroma) dell'articolazione della mano	1
Riduzione incruenta di fratture di ossa della mano (falangi, metacarpo)	1
Riduzione cruenta di fratture di ossa della mano (falangi, metacarpo)	1
Disarticolazione della mano	2
Disarticolazione di un dito della mano	1
Adatt. del moncone dell'avambraccio per applicazione di una protesi prensile	2
Ricostruzione della capsula articolare della spalla	2
Operazione per lussazione abituale della spalla	2
Operazione per acromion plastica e rottura cuffia rotatori	2
Riduzione incruenta di frattura di radio, ulna, omero, clavicola	1
Riduzione cruenta di frattura di radio, ulna, omero, clavicola	2
Riposizione della luss. di articolaz. delle dita, mano, spalla, clavicola	1
Disarticolazione di radio e ulna	2
Disarticolazione omero	3
Disarticolazione del cingolo scapolare	3
Avvitamento di olecrano arto superiore	1
Ricostruzione della capsula articolare del gomito e della spalla	2
Reimpianto arto superiore	4
Reimpianto segmento arto superiore	4

CHIRURGIA DEL RACHIDE

Vertebrotomia	4
Trattamento chirurgico di un ernia del disco (lombare e cervicale)	3
Intervento chirurgico per scoliosi	4
Riposizionamento incruento di un'articolazione vertebrale lussata	1
Riposizionamento cruento di un'articolazione vertebrale lussata	3
Riduzione incruenta di vertebre fratturate	2
Riduzione cruenta di vertebre fratturate	3
Trattamento di fratt. di V. cervicale con bendaggio di trazione o morsetti	1
Resezione muscolare per sarcomi del rachide	3
Resezione muscolare per sarcomi paravertebrali	2

CHIRURGIA DELL'ARTO INFERIORE

Resezione aperta di tendini o muscoli con correzione del dito a martello	1
Operazione per malformazione del piede	2
Ricostruzione dell'articolazione della caviglia	2
Operazioni a carico dell'articolazione del ginocchio o meniscectomia	2
Operazione per lussazione del ginocchio	3
Riduzione e cerchiaggio di rotula fratturata	1
Artroprotesi di ginocchio totale	3

Artroprotesi di ginocchio monocompartale	2
Frattura acetabolo	3
Ricostruzione dell'anca (artroprotesi)	3
Plastica del collo del femore	3
Inchiodamento endomidollare del collo del femore	2
Inchiodamento endomidollare della diafisi femorale	2
Disarticolazione del femore	3
Riposizionamento e bendaggio di lussazione dell'articolazione dell'anca	1
Operazione sull'art. dell'anca o plastica dei legamenti del ginocchio	3
Asportazione di esostosi per alluce valgo	1
Resezione dell'osso iliaco	2
Osteotomia di bacino	3
Riduzione incruenta di fratt. dita del piede, di tibia, del perone, del bacino	1
Riduzione incruenta della frattura del femore	1
Riposizionamento e bendaggio della lussazione di un'articolazione delle dita del piede, del piede, del ginocchio e della rotula	1
Disarticolazione di un dito del piede	1
Disarticolazione del piede e della gamba	2
Emipelvectomia e resezione del sacro	4
Lisi Legamenti alari ginocchio	2
Trasposizione Tendinea ginocchio	3
Reimpianto arto inferiore	4
Reimpianto del segmento di arto inferiore	4

CHIRURGIA VASCOLARE

Endoarteriectomia carotidea tradizionale	3
Endoarteriectomia carotidea per eversione con correzione di dimorfismi	3
Angioplastica con o senza stent per stenosi o re-stenosi carotidea	3
Stending carotideo per dissecazione	3
Exeresi di tumore del glomo carotideo	3
Interv. per stenosi o ostruzioni arteria vertebrale, succlavia e tronco anonimo	3
Terapia chirurgica delle sindromi dello stretto toracico superiore	2
Interventi di riparazione di lesioni aneurismatiche di:	3
– Carotide	3
– Succlavia ed ascellare	3
– Aorta addominale e vasi iliaci	3
– Arterie periferiche (femorale, poplitea)	3
– Arterie viscerali (splenica, mesenterica, epatica, tronco celiaco)	3
– Aneurismi anastomotici	3
chirurgia della sindrome da intrappolamento dell'arteria poplitea	2
Prep. acc. vascolari per emodialisi e rev. fistole artero-venose patologiche	2
Simpaticectomia toracica o lombare	2
Interventi per stenosi dell'arteria masenterica superiore:	3
– By-pass aorto mesenterico	3
– Trombolisi mediante cateterismo diretto	3
– Angioplastica con o senza stent	3

Interventi per stenosi dell'arteria renale:	3
– Resezione segmentaria con anastomosi diretta o innesto protesico	3
– Endoarteriectomia	3
– Angioplastica con o senza stent	3
– Reimpianto aortico dell'arteria renale	3
– By-pass aorto renale	3
Preparazione chirurgica di vasi arteriosi per procedure endovascolari	1
Interv. endovascolari per lesioni aneurismatiche con endoprotesi	3
Interv. endovascolari per lesioni stenosanti con angioplastica e stent	3
Interventi per rivascolarizzazione degli arti inferiori:	3
– By-pass iliaco femorali	3
– By-pass aorto iliaci	3
– By-pass aorto femorali	3
– By-pass femoro poplitei o femoro distali	3
– By-pass extra anatomici per lesioni aorto iliache	3
Trattamento chirurgico delle complicanza della chirurgia restaurativa aorto-iliaca:	3
– Interventi di disostruzione e/o trombectomia delle protesi	3
– Intervento di sostituzione della protesi	4
– Asportazione della protesi con confezionamento di by-pass extra	3
Interventi sull'aorta toracica ed addominale:	5
– Innesto prot. con reimp. tronchi sovraortici, midollari e viscerali per diss.	5
Chirurgia vascolare dell'impotenza:	3
– Endoarteriectomia ipogastrica	2
– By-pass dell'arteria ipogastrica	3
– Angioplastica per cutanea	3
Embolectomia con tecnica di Forgarty di vasi arteriosi periferici per occlusione acuta	2
Trattamento di stenosi artereriosa con plastica del vaso con patch omologo, autologo, sintetico	2
Legatura vascolare per trattamento di complicanze emorragiche	2
Chirurgia dell'insufficienza venosa superficiale:	2
– Crossectomia	2
– Exeresi dei tronchi safenici	2
– Legatura di perforanti insufficienti con accesso mini invasivo video-assistito	1
– Varicectomie	1
– Legatura sottofasciale di perforanti insufficienti con accesso	2
– Sclerosi di teleangiectasie e varici	1
Interventi chirurgici di ripristino della continenza valvolare del circolo venoso profondo	2
Trombectomia venosa	2
Posizionamento di filtro cavale	3
Riparazione di lesioni vascolari di origine traumatica:	2
– Legatura	2
– Arterioraffia	2
– Plastica vascolare con patch	2
– Interventi di legatura e by-pass	2
Trattamento chirurgico delle angiodisplasie	3
Amputazione di arto per vasculopatia	2
Amputazione di dita per vasculopatia	1
Interventi chirurgi di riparazione di fistole artero-venose di origine traumatica	2

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

CHIRURGIA DELLA VULVA

Interventi per ascessi e marsupializzazione ghiandola del Bartolini	1
Vulvectomia semplice, totale, parziale	2
Vulvectomia radicale con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica	4

CHIRURGIA DELLA VAGINA

Ampliamento dell'introito vaginale	1
Asportazione di setti e/o cisti vaginali	1
Trattamento di polipi e/o prolasso della mucosa uretrale	1
Plastica vaginale anteriore e/o posteriore per colpocistorettocele	2
Operazione di Manchester e Fothergill (uretrocistocele + elongatio colli)	2
Correzione di enterocele (elitrocele)	2
Correzione prolasso cupola vaginale per via vaginale e/o addominale	3

CHIRURGIA DELL'INCONTINENZA URINARIA

Uretropessi e colpoplastica anteriore; colpososp. retropubica sec. Burch	3
Cistouretropessi secondo Lahodny (intervento di fionda a braccio corto)	3
Sospensioni con ago (Pereyra, Stamey, Raz), four corner suspension	3
Interventi di sling	3
"Paravaginal repair" con approccio addominale e vaginale	3
Tension free vaginal tape (TVT)	3
Riparazione chirurgica di fistola vescico vaginale, ureterale, retto vaginale	3
Creazione di vagina artificiale (intervento di Vecchietti)	4

CHIRURGIA DELL'UTERO

Raschiamento endouterino a scopo diagnostico o terapeutico anche frazionato corpo e canale cervicale	1
Isteroscopia diagnostica	1
Interventi per via isteroscopica (chirurgia resettoscopica): polipi e miomi endocavitari, lisi di sinechie, ablazione dell'endometrio, estrazione di corpi estranei, metroplastica	2
Isteropessi	2
Metroplastica per via laparatomica	2
Miomectomia laparotomica o laparoscopica	2
Isterectomia semplice totale o sub-totale con o senza conservazione degli annessi per laparotomia o laparoscopica	3
Isterectomia radicale secondo Wertheim con linfoadenectomia pelvica e/o lomboaortica	4
Isterectomia totale per via vaginale con o senza annessectomia	3
Isterectomia radicale per tumore secondo Schauta-Amreich	4
Interventi per varicocele pelvico per via laparoscopica	3

CHIRURGIA DEL COLLO DELL'UTERO

Diatermocoagulazione o laservaporizzazione	1
Conizzazione	1
Polipectomia cervicale e biopsia della portio	1
Dilatazione del canale cervicale	1

CHIRURGIA DEGLI ANNESSI

Enucleazione di cisti ovarica e ricostruzione dell'ovaio	2
Resezione cuneiforme dell'ovaio	2
Drilling ovarico laparoscopico	2
Salpingectomia, ovariectomia, salpingo-ooforectomia (annessectomia)	2
Asportazione di cisti infralegamentarie	2
Interventi per sterilizzazione tubarica laparotomici o laparoscopici	2
Salpingoplastica, salpingoneostomia	2
Interventi estesi per patologia ovarica maligna	4
Second look per neoplasia ovarica, laparotomico o laparoscopico	3
Eviscerazione pelvica anteriore, posteriore o totale	5
Interventi per sactosalpinge e ascessi pelvici	3
Simpatectomia ginecologica (es. neurectomia secondo Cotte)	3
Laparotomia per emoperitoneo da gravidanza extrauterina	3
Laparoscopia diagnostica per algie pelviche e sterilità	2
Viscerolisi e salpingocromoscopia	2
Asportazione di cisti ovarica e trattamento dell'endometriosi	3
Salpingectomia per gravidanza extra uterina tubarica	3

OSTETRICIA

Diagnostica invasiva: Amniocentesi, prelievo dei villi coriali, funicolocentesi	1
Cerchiaggio cervicale	1
Assistenza al parto spontaneo o indotto in presentazione cefalica di vertice	1
Assistenza al parto spontaneo o indotto per presentazioni cefaliche anomale, nella distocia delle spalle, nella presentazione podalica	1
Parto operativo con applicazione di forcipe o ventosa ostetrica	1
Interventi riparativi di lacerazioni vagino perineali	1
Rivolgimento per manovre esterne	1
Secondamento manuale	1
Tamponamento uterino o utero-vaginale	1
Asportazione di lembi placentari, raschiamento post-partum	1
Trachelorrafia	1
Taglio cesareo post-mortem	1
Operazioni embriotomiche	2
Riduzione, inversione uterina per via vaginale o laparotomia	2

UROLOGIA

UROLOGIA

Nefrectomia parziale mono o bilaterale	3
Nefrectomia radicale mono o bilaterale	3
Nefroureterectomia (anche con pastiglia vescicale)	4
Nefrectomia di rene unico	4
Correzione di malformazione renale	3
Incisione di ascesso paranefritico	2
Svuotamento e resezione di cisti renale	2
Aspirazione percutanea di cisti renale	2
Nefrolitotomia	3
Nefrostomia percutanea con frammentazione di calcolo (o asportazione con pinza o cestello)	3
Nefrostomia percutanea senza frammentazione di calcolo	2
Pielolitotomia	3
Pieloplastica	3
Biopsia percutanea (agobiopsia del rene)	2
Trapianto renale	4
Nefropessia (fissazione di un rene mobile)	2
Sutura di lacerazione renale	2
Litotrissia ad onde d'urto extracorporea (ESWL)	2
Surrenalectomia e altri interventi sulla capsula renale	2

CHIRURGIA DELL'URETERE

Ureteroscopia semplice o con biopsia dell'uretere	1
Ureterectomia parziale o segmentarla	3
Ureterectomia totale	3
Uretero-ileostomia cutanea	4
Ureterocutaneostomia	3
Ureteroneocistostomia	3
Ureterotomia endoscopica	3
Dilatazione della papilla ureterale	2
Cateterismo uretera/e	2
Litotrissia endoscopica di calcolo ureterale	2

CHIRURGIA DELLA VESCICA

Cistostomia sovrapubica	2
Cistolitotomia sovrapubica	3
Cistoscopia transuretrale (anche con biopsia)	1
Cistectomia parziale	3
Cistectomia totale	4
Cistectomia radicale (vescica, prostata, vescichette seminali)	4
Chiusura di fistola vescicole	3
Neovescica continente	4
Ampliamento vescicole	4
Cervicotomia chirurgica o endoscopica	2
Resezione endoscopica della vescica (TUR)	2

CHIRURGIA DELL'URETRA

Cateterismo uretrale	1
Uretrotomia endoscopica	1
Rimozione di calcolo uretrale anche mediante incisione	2
Meatotomia uretrale	1
Uretroscopia anche con biopsia	1
Uretrectomia con o senza uretroplastica	2
Riparazione di ipospadia o epispadia	2
Impianto di protesi uretrali o sfinteriali	2
Interventi di sospensione uretrale per incontinenza da stress	2
Iniezioni di sostanza para o periuretrale per incontinenza da stress	1
Asportazione di papilloma dell'uretra	1

CHIRURGIA DELLA PROSTATA

Biopsia della prostata (transrettale, transperineale, transuretrale)	1
Prostatectomia transuretrale (laser, TULIP, ultrasuoni, vaporizzazione)	2
Posizionamento di protesi nell'uretra prostatica	2
Resezione transuretrale della prostata (TURP)	2
Adenomectomia prostatica transvescicale	3
Prostatectomia radicale con ogni tipo di approccio chirurgico	3

CHIRURGIA DEL TESTICOLO

Intervento per varicocele	1
Intervento per idrocele	1
Asportazione di cisti dell'epididimo o spermatocele	1
Epididimectomia	1
Vasectomia	1
Biopsia del testicolo	1
Orchiectomia monolaterale o bilaterale	2
Orchidopessi anche con eventuale derotazione del testicolo	2
Inserzione di protesi testicolare	2

CHIRURGIA DEL PENE

Frenulotomia (con o senza frenuloplastica)	1
Circoncisione	1
Biopsia peninea	1
Amputazione del pene con uretrostomia perineale	3
Sutura di lacerazione del pene	2
Posizionamento di protesi	2
Correzione di recurvatum penineo con o senza rimozione di placca	2

NEUROCHIRURGIA

Craniotomia per ematoma extradurale, subdurale, per rimozione ascesso epidurale, di corpo estraneo	1
Svuotamento ematoma subdurale o epidurale mediante craniotomia osteoplastica	2
Svuotamento ematoma o ascesso endocranico mediante craniotomia osteoplastica	2
Puntura trans-cranica (trapanazione teca cranica)	2
Craniotomia per trattamento di fistola	2
Biopsia cerebrale o meningea mediante agobiopsia	1
Interventi di anastomosi per derivazione liquorale	3
Interventi di revisione, rimozione e irrigazione di anastomosi ventricolari	2
Intervento al cranio con apertura della dura madre senza intervento al cervello	2
Intervento al cranio con apertura della dura madre con intervento al cervello	5
Emisferectomia	5
Chirurgia ipofisi	5
Asportazione tumori orbitali per via endocranica	2
Interventi sui nervi cranici	5
Trattamento neuro chirurgico delle sequele dopo paralisi facciale	5
Trattamento neuro chirurgico disrafismi (meningocele o mielomeningocele, spina bifida) con copertura plastica	2
Operazione endocranica per fistola seno carotideo	3
Interventi stereotattici su cervello e ipofisi	5
Trattamento neurochirurgico epilessia con elettrocorticografia intra-operatoria	5
Trattamento transcranico di lesioni cranico cerebrali penetranti	2
Riposizionamento frammenti di frattura affossata del cranio e riduzione frattura del cranio	2
Interventi neurochirurgici su malformazioni dei vasi sanguigni cerebrali	5
Interventi ricostruttivi su vasi sanguigni intracerebrali	5
Operazione di cisti aracnoidea cerebellare	5
Neurolisi, sutura di uno o più nervi periferici	1
Incisione, sezione, asportazione di nervi della base cranica	2
Incisione, sezione, asportazione di nervi periferici	2
Asportazione di tumori di nervi periferici con neuroplastica	4
Gangliectomie di nervi cranici e periferici	3
Simpatectomia	3
Operazione di ernia al disco intervertebrale lombare	3
Operazione transdurale di ernia del disco intervertebrale	3
Operazione di ernia toracica e cervicale, disco intervertebrale mediante laminectomia	3
Operazione interiore alla spina dorsale con sostituzione dischi e corpi vertebrali	4
Operazione per tumore intradurale, ascesso, emorragia ed angioma midollare	4
Asportazione di tumore del canale vertebrale, oppure altri interventi sul midollo spinale anche con resezione delle radici nervose posteriori	4
Cordotomia mediante laminectomia	3
Rizotomia mediante laminectomia	3
Mielotomia (commessurale o frontale)	3
Cordotomia percutanea cervicale	3
Stimolazione del funicolo posteriore lungo il midollo con impianto di elettrodi	3
Posizionamento di elettrodi	3

OTORINOLARINGOIATRIA

CHIRURGIA DEL NASO E DEI SENI PARANASALI

Controllo epistassi (cauterizzazione in anestesia locale, legatura ramo vascolare)	1
Incisione del naso (condrotomia, incisione della cute del naso, sectotomia nasale)	1
Asportazione o demolizione locale di lesione o formazione del naso	1
Settoplastica anteriore e/o posteriore	1
Rinoplastica o rinosettoplastica	2
Turbino plastica	1
Biopsia nasale	1
Riduzione chirurgica di frattura nasale	1
Ricostruzione totale del naso con lembi cutanei	3
Puntura dei seni paranasali per aspirazione o lavaggio	1
Biopsia dei seni paranasali	1
Antrotomia mascellare esterna (approccio secondo Caldwel'-Luc)	2
Senectomia frontale	2
Asportazione di tumore del seno mascellare secondo Caldwel'-Luc o con altro approccio	2
Etmoidectomia	1
Sfenoidectomia	1
Riparazione seno nasale (chiusura fistola seno nasale, Ricost.dotto fronto nasale)	1

CHIRURGIA DELLA FARINGE E CAVITÀ ORALE

Faringotomia (drenaggio borsa faringea, incisione e drenaggio di ascesso retrofaringeo)	1
Biopsia faringea	1
Asportazione di cisti o vestigia della fessura branchiale	1
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto della faringe	2
Intervento di plastica sulla faringe	1
Chiusura di fistola della fessura branchiale o di altra fistola	1
Sezione del nervo glossofaringeo	1
Biopsia della lingua	1
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto della lingua	1
Glossectomia parziale o radicale	3
Riparazione della lingua e glossoplastica	3
Frenulotomia o frenulectomia linguale o labiale	1
Incisione e drenaggio di strutture tonsillari e peritonsillari	1
Biopsia di tonsille e adenoidi	1
Tonsillectomia	1
Adenoidectomia	1
Asportazione di residuo tonsillare	1
Asportazione di tonsilla linguale	1
Controllo di emorragia dopo tonsillectomia e/o adenoidectomia	1
Rimozione di corpo estraneo da tonsille e adenoidi mediante incisione	1

CHIRURGIA DELLE GHIANDOLE SALIVARI E DEI DOTTI SALIVARI

Incisione delle ghiandole o dotti salivari	1
Biopsia di ghiandola o dotto salivari	1
Marsupializzazione di cisti di ghiandola salivare	1
Scialoadenectomia parziale o completa	2
Riparazione di ghiandola o dotto salivare	1
Exeresi di calcolo dalla ghiandola sotto-mascellare o da altra ghiandola salivare senza asportazione di tessuto ghiandolare	1
Asportazione o demolizione di lesioni o tessuti laringei (marsupializzazione di cisti laringea, chiusura di fistole)	1
Biopsia della laringe	1
Laringectomia parziale	3
Laringectomia radicale	3
Microlaringoscopia diagnostica in sospensione con o senza biopsia	1
Altri interventi sulla laringe (iniezione endolaringea di materiale inerte)	1
Sutura di lacerazione della laringe	2
Transposizione di corde vocali	3
Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale	3
Biopsia della trachea	1
Tracheostomia temporanea o permanente	1
Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea	1

CHIRURGIA DELL'ORECCHIO

Incisione dell'orecchio esterno	1
Biopsia dell'orecchio	1
Asportazione o demolizione di lesione dell'orecchio esterno (asportazione di esostosi canale uditivo esterno, asportazione parziale dell'orecchio)	1
Amputazione dell'orecchio esterno	2
Sutura di lacerazione dell'orecchio esterno	1
Correzione chirurgica di orecchio (correzione della pinna, riposizionamento del padiglione auricolare, otoplastica con modellamento cartilagineo, ricostruzione del canale uditivo eserno)	2
Ricostruzione del padiglione auricolare con impianto di protesi	2
Interventi di ricostruzione dell'orecchio medio	3
Miringoplastica	2
Timpanoplastica	2
Revisione di timpanoplastica	2
Altra riparazione dell'orecchio medio	2
Miringotomia con o senza inserzione di tubo di drenaggio transtimpanico	1
Rimozione di tubo di drenaggio transtimpanico	1
Incisione della mastoide e dell'orecchio medio	2
Biopsia dell'orecchio medio	2
Biopsia dell'orecchio interno	3
Mastoidectomia (mastoidectomia semplice, mastoidectomia radicale, antroatticostomia)	2
Mastoidectomia con impianto di apparecchio protesico coclearie	3
Revisione di mastoidectomia	2
Fenestrazione dell'orecchio interno anche con innesto di cute	3
Incisione, asportazione, demolizione dell'orecchio interno (anastmosi endolinfatica, distruzione per iniezione di alcool, decompressione del labirinto, drenaggio dell'orecchio interno, labirintectomia transtimpanica, tap perilinfatico)	3

Interventi sulla tuba di Eustachio (cateterismo, iniezione pasta di teflon, tuboplastica)	3
Riparazione delle finestre ovale o rotonda	2
Iniezione del timpano	2
Impianto di apparecchio acustico elettromagnetico nell'osso di conduzione	3
Impianto o sostitituzione apparecchio protesico cocleare, a canale singolo o multiplo	3

CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE

Riduzione di frattura facciale	2
Riduzione chiusa o aperta di frattura zigomatica e malare	2
Riduzione chiusa o aperta di frattura mascellare	2
Riduzione chiusa o aperta di frattura mandibolare	2
Riduzione aperta di frattura alveolare	2
Riduzione aperta di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	2
Altra riduzione chiusa di frattura facciale	2
Riduzione chiusa di frattura dell'orbita	2
Altra riduzione aperta di frattura facciale	2
Riduzione aperta della Rima o della parete orbitarla	2

OCULISTICA

CHIRURGIA DELLA PALPEBRA

Incisione della palpebra	1
Biopsia della palpebra	1
Asport. les. palpebrale, minore o maggiore, a tutto spessore o non	1
Correzione di blefaroptosi: sospensione frontale con fascia, con suture o con avanzamento muscolare	2
Riparazione di entropion o ectropion con tecniche varie: suture, resezione cuneiforme, ecc.	1
Cantotomia	1
Blefarorrafia	1
Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto	2

CHIRURGIA DELL'APPARATO LACRIMALE

Incisione della ghiandola lacrimale	1
Biopsia della ghiandola lacrimale	2
Dacrioadenectomia	2
Spicillazione del punto lacrimale, dei canalicoli, del dotto naso-lacrimale	1
Intubazione del dotto naso-lacrimale	1
Dacriocistorinostomia, con o senza supporto	1
Dacriocistectomia	1
Incisione del sacco lacrimale	1
Biopsia del sacco lacrimale	1
Correzione di eversione del punto lacrimale	1

CHIRURGIA DELLA CONGIUNTIVA

Rimozione di corpo estraneo	1
Biopsia congiuntivale	1
Asportazione di lesione o tessuto congiuntivale	1
Congiuntivoplastica	1

CHIRURGIA DELLA CORNEA

Rimozione di corpo estraneo	1
Curettage della cornea per striscio o coltura	1
Asportazione di pterigium	1
Sutura di lacerazione corneale	1
Riparazione di lacerazione o ferita corneale con lembo congiuntivale	2
Cheratoplastica	3
Cheratoplastica lamellare	3
Cheratotomia radiale	3
Epicheratofachia	3
Cheratectomia fotorefrattiva	3
Cheratectomia fototerapeutica	3
Trapianto di cornea	3
Tatuaggio della cornea	1

CHIRURGIA IRIDE, DEL CORPO CILIARE, DELLA SCLERA, DELLA CAMERA ANTERIORE

Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore	1
Iridotomia ed iridectomia	1
Aspirazione diagnostica della camera anteriore	1
Biopsia iridea	1
Iridoplastica	1
Coreoplastica	1
Asportazione di lesione iridea	2
Trabeculoplastica mediante laser	1
Goniopuntura	1
Trabeculotomia ab externo, ab interno	1
Trabeculectomia ab externo	2
Sclerotomia	2
Ciclodiatermia	2
Ciclocrioterapia	1
Ciclofotocoagulazione	2
Sutura di lacerazione della sclera	1
Asportazione di lesione minore o maggiore della sclera	2
Riparazione di lesione sclerale con innesto	1
Paracentesi della camera anteriore	1
Iniezione di aria, liquido o medicamentoIn camera anteriore	1

CHIRURGIA DEL CRISTALLINO

Intervento di cataratta: intra, extra, facoemulsificazione, con o senza impianto di cristallino artificiale	2
Asportazione di membrana secondaria dopo cataratta con laser o chirurgico (capsulectomia)	1

CHIRURGIA DELLA RETINA, DELLA COROIDE, DEL CORPO VITREO

Rimozione di corpo estraneo dal segmento posteriore	2
Aspirazione diagnostica di corpo vitreo	1
Demolizione di lesione corioretinica mediante crioterapia, diatermia; fotocoagulazione mediante impianto sclerale di sorgente radioattiva, radioterapia	2
Riparazione di lacerazione retinica mediante crioterapia, fotocoagulazione laser, diatermia	2
Intervento per distacco retinico mediante cerchiaggio sclerale con o senza piombaggio	2
Vitrectomia con o senza immissione di sostituti vitreali: aria gas, olio di silicone ecc.	3
Iniezione intravitreale di aria o gas	2

CHIRURGIA DEI MUSCOLI EXTRAOCULARI

Biopsia muscolare	1
Intervento per strabismo con arretramento, avanzamento o resezione di un muscolo extraoculare	2
Intervento di trasposizione dei muscoli extraoculari	2

CHIRURGIA DELL'ORBITA E DEL BULBO OCULARE

Orbitotomia anteriore, laterale	3
Biopsia del bulbo oculare e dell'orbita	2
Asportazione di lesione dell'orbita	2
Eviscerazione del bulbo	2
Enucleazione del bulbo con o senza impianto di protesi	2
Exenteratio dell'orbita con o senza trasposizione muscolare	2
Revisione di cavità orbitaria con o senza innesto	1

STOMATOLOGIA TRAUMATICA

CHIRURGIA STOMATOLOGICA

Chirurgia gengivale	1
Chirurgia muco gengivale	1
Chirurgia ossea	1
Estrazione di dente o radice in inclusione ossea parziale	1
Medicazione chirurgica, lavaggi e drenaggi, trattamento alveolite	1
Riduzione manuale di lussazione della mandibola	1
Intervento di rialzo del seno mascellare	1
Asportazione di corpi estranei e/o di denti spostati o inclusi o lesi in seguito ad evento traumatico	1
Osteotomia per asportazione corpi estranei e/o di denti spostati o inclusi nella profondità in seguito ad evento traumatico	1
Trattamento chirurgico di emorragia post-traumatica del cavo orale	1

APPENDICE 3 - PREVENZIONE

Tipologia check-up	Prestazioni
SPORT AVANZATO	– Emocromocitometrico e morfologico (Hb,GR,GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.) – Glicemia – Azotemia – Creatininemia – Sodio – Potassio – Urine, esame chimico e microscopico completo – E.C.G. di base – Ecocardiogramma M Mode 2D – Spirometria semplice (con vitalograph) – Visita specialistica con test posturale
PREVENZIONE TUMORE DELLA MAMMELLA	– Ecografia mammaria – RX mammografia – Visita senologica
PREVENZIONE GINECOLOGICA	– Ricerca HPV (papillomavirus) – Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test) – Ecografia mammaria – RX mammografia – Visita ginecologica e senologica
PREVENZIONE TUMORE DEL COLON	– Feci, ricerca sangue occulto (qualsiasi metodica) su 3 campioni – Rettoscopia diagnostica con strumento rigido – Visita proctologica
PREVENZIONE TUMORE DELLA PROSTATA	– PSA reflex – Ecografia Prostatica e vescicale, transrettale – Visita urologica
PREVENZIONE PATOLOGIE DELLA TIROIDE	– TSH reflex – Ecografia tiroidea – Visita endocrinologica
PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE	– Emocromocitometrico e morfologico (Hb,GR,GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.) – Proteina C reattiva (qualitativa e/o quantitativa) – Glicemia – Azotemia – Creatininemia – Colesterolo HDL e LDL – Colesterolo totale o colesterolemia – Transaminasi AST – Transaminasi ALT – Sodio – Potassio – Omocisteina – Urine, esame chimico e microscopico completo – E.C.G. di base e dopo sforzo – Ecocardiogramma M Mode 2D – Visita cardiologica

Tipologia check-up	Prestazioni
PREVENZIONE ONCOLOGICA FEMMINILE	– Emocromocitometrico e morfologico (Hb,GR,GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.) – Proteina C reattiva (qualitativa e/o quantitativa) – Glicemia – Azotemia – Creatininemia – Colesterolo HDL e LDL – Colesterolo totale o colesterolemia – Transaminasi AST – Transaminasi ALT – Urine, esame chimico e microscopico completo – Ricerca HPV (papillomavirus) – Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test) – Tampone vaginale esame a fresco e colturale – Ecografia mammaria – RX mammografia – Visita ginecologica
PREVENZIONE ONCOLOGICA MASCHILE	– Emocromocitometrico e morfologico (Hb,GR,GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.) – Proteina C reattiva (qualitativa e/o quantitativa) – Glicemia – Azotemia – Creatininemia – Colesterolo HDL e LDL – Colesterolo totale o colesterolemia – Transaminasi AST – Transaminasi ALT – Urine, esame chimico e microscopico completo – Feci, ricerca sangue occulto (qualsiasi metodica) su 3 campioni – PSA reflex – Ecografia addome inferiore – Visita urologica

APPENDICE 4 - ELENCO ESAMI ALTA DIAGNOSTICA

Nella garanzia Alta Diagnostica di cui all'art. 7.1.1R) sono compresi i seguenti *accertamenti diagnostici*:

- ESAMI RADIOGRAFICI CON MEZZO DI CONTRASTO
- SCINTIGRAFIA
- ECOCARDIOGRAFIA
- ECOGRAFIA INTRAVASCOLARE
- ECOGRAFIA TRANS-ESOFAGEA
- ECOGRAFIA ENDO-CAVITARIA
- ECO DOPPLER ED ECO-COLOR-DOPPLER
- ECOCONTRASTOGRAFIA
- TAC (Tomografia Assiale Computerizzata)
- RMN (Risonanza Magnetica Nucleare)
- PET (Tomografia ad emissione di positroni)
- SPET (Tomografia ad emissione di fotone singolo)
- FLUORANGIOGRAFIA OCULARE

CRITERIO ANALOGICO: Gli *accertamenti diagnostici* che richiedono tecnologie uguali o più complesse rispetto a quelle necessarie per gli esami e gli accertamenti elencati e che comportino onorari pari o superiori secondo quanto previsto dal D.P.R. 10/11/1965 n. 1763 e successive modifiche, sono compresi nell'*assicurazione* anche se non espressamente riportati in elenco.

ARTICOLI DI LEGGE

ART. 1892 C.C. DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO O COLPA GRAVE

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.
L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.
L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

ART. 1893 C.C. DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.
Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

ART. 1894 C.C. ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI

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

ART. 1898. C.C AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

ART. 1901 C.C. MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

ART. 1910 C.C. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.
Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

ART. 1913 C.C. AVVISO ALL'ASSICURATORE IN CASO DI SINISTRO

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (...)

ART. 1916 C.C. DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

ART. 2952. C.C PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE.

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

NOTE

NOTE

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A. REGISTRO 2° ATTI PRIVATI E DEMANIO MILANO SEDE DI MILANO

Mod. MAL50071

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE 130°

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) Tel. +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it www.italiana.it - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - benvenutinitaliana@italiana.it - Capitale sociale € 57.626.357,25 i.v. - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale 00774430151, Partita IVA n. 11998320011 - R.E.A. Milano n. 7851 Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al n. 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione e appartenente al Gruppo Reale Mutua iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.

MISTO
Carta da fonti gestite in maniera responsabile
FSC
www.fsc.org
FSC®

Il presente documento è stampato su carta certificata FSC®. Il marchio FSC® identifica i prodotti contenenti legno proveniente da foreste gestite in maniera corretta e responsabile secondo rigorosi standard ambientali, sociali ed economici.