



Protezione Persona&Salute

Contratto di Assicurazione a tutela della salute

Condizioni di Assicurazione

Elaborate secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari"

Edizione gennaio 2026

È un prodotto di:

Avvertenze

Simboli

Nel testo sono utilizzati dei simboli per rendere più agevole la lettura.

Simbolo	Significato
	Rinvia ad uno o più articoli del Contratto dove si possono trovare approfondimenti sull'argomento trattato



Box di consultazione

Nel testo le informazioni esplicative, i commenti o gli esempi si trovano inseriti in Box di consultazione formattati in questo modo.

Queste informazioni non sono parte del contratto ma aiutano a chiarirne il significato

Contenuti

A - Glossario	pag. 6
B - Presentazione	pag. 12
C - MODULO Indennizzi e Rimborsi	
1. Quadro generale	pag. 14
D - Oggetto del contratto	
2. Linea Diaria	pag. 18
3. Linea Grandi Interventi	pag. 20
4. Linea Interventi e Ricoveri	pag. 24
5. Garanzia Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici	pag. 29
6. Garanzia Diaria da Ricovero e Convalescenza	pag. 30
7. Garanzia Prevenzione e Cure Dentarie	pag. 31
8. Esclusioni	pag. 35
9. Sezione Assistenza	pag. 37
E - Il contratto dalla A alla Z	
10. Dichiarazioni del Cliente e dell'Assicurato	pag. 53
11. Decorrenza dell'Assicurazione	pag. 53
12. Modalità di conclusione del Contratto e pagamento del Prezzo	pag. 54
13. Durata proroga e disdetta del Contratto	pag. 54
14. Modifica del Contratto	pag. 54
15. Diritto di ripensamento in caso di vendita a distanza	pag. 55
16. Diritto di recesso	pag. 55
17. Assicurazione presso più assicuratori	pag. 55
18. Assicurazione per conto altrui	pag. 55
19. Antiterrorismo e Sanzioni Internazionali	pag. 55
20. Imposte e tasse	pag. 56

21. Legge applicabile	pag. 56
22. Foro competente/Clausola arbitrale	pag. 56
23. Obblighi e diritti derivanti dal Contratto	pag. 56
24. Forma delle comunicazioni tra le parti	pag. 56

F - Cosa fare in caso di sinistro

25. Disposizioni comuni a tutte le Sezioni	pag. 57
26. Mediazione	pag. 57
27. Sinistri della Sezione Assistenza	pag. 58
28. Sinistri per le Altre Sezioni	pag. 59

G - Allegati

pag. 64

H - Contatti

pag. 71

A - Glossario

A

Aborto Terapeutico

Interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

Accertamenti Diagnostici

Le analisi di laboratorio, le indagini cliniche e strumentali di alta specializzazione e diagnostica (con esclusione delle **Visite Specialistiche**) che possono essere effettuate anche in ambulatorio/ Centro Medico volte a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una **Malattia** o **Infortunio**.

Anno Assicurativo

Periodo continuativo di 12 mesi in cui l'**Assicurazione** è efficace, il primo dei quali inizia alle ore 24.00 dalla **Data di Decorrenza**.

Assicurato

La/le persona/e fisica/he il cui interesse è protetto dall'Assicurazione. Può coincidere con il **Cliente** (che la legge chiama **Contraente**).

Assicurazione

Insieme di garanzie prestate all'**Assicurato** tramite il **Contratto**.

Assistenza Infermieristica

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma che abiliti alla professione di infermiere.

Asset Freeze

È una misura amministrativa volta a privare le persone o le organizzazioni dei paesi sanzionati delle risorse finanziarie necessarie.

C

Carenza

V. definizione di **Termini di Carenza**

Cartella Clinica

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, compilato durante la degenza, diurna o con pernottamento in Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centrale Organizzativa

Per le garanzie Diaria da Ricovero – Diaria da Convalescenza, Rimborso Grandi Interventi, Rimborso Spese Mediche, Check Up, Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici, Diaria da Ricovero e Convalescenza, Prevenzione e Cure Dentarie, è la struttura di MyAssistance S.r.l., Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano, costituita da personale con competenze tecnico mediche, incaricata per la gestione delle informazioni relative a richieste per prestazioni previste dall'Assicurazione.

Centrale Operativa

Per la prestazione di Assistenza è la struttura di Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno,

che provvede a garantire il contatto telefonico con l'**Assicurato**, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Compagnia, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.

Centro Medico

Struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al Ricovero, **Day Hospital/Day Surgery**, non finalizzati al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alle normative vigenti, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, **Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi**) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Albo dei Medici Chirurgici ed Odontoiatri.

Chirurgia Bariatrica

Detta anche "chirurgia dell'obesità". [Consiste] in interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Cliente

È il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula il **Contratto**, assume gli obblighi relativi, corrisponde il costo della copertura assicurativa (**Prezzo**). È il soggetto che la legge definisce come **Contraente**.

Contraente

V. definizione di **Cliente**

Compagnia

Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. con sede legale in Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Convalescenza

periodo dopo la dimissione dall'**Istituto di Cura** che comporti una inabilità temporanea totale.

Contratto di Assicurazione (o Contratto)

il presente contratto, comprensivo dei suoi allegati.

D

Danno Liquidabile

Danno determinato in base a tutte le previsioni contrattuali, entro il **Massimale Assicurato** o il limite di **Indennizzo** previsto, senza tenere conto di eventuali **Scoperti**.

Data di Decorrenza

La data indicata sul **Modulo di Polizza** dalla quale decorre l'**Assicurazione**, fatto salvo eventuali **Termini di Carenza** e se il **Prezzo** o rata di **Prezzo** sono stati pagati.

Day Hospital / Day Surgery

La degenza, senza pernottamento, in **Istituto di Cura** autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (Day Hospital) e prestazioni chirurgiche (Day Surgery) eseguite da medici chirurgici specialisti con redazione di **Cartella Clinica**.

Diaria

Indennizzo forfettario giornaliero corrisposto all'**Assicurato** in caso di **Ricovero** o in caso di **Convalescenza**, con o senza **Intervento chirurgico**, **Day Hospital / Day Surgery** sia in regime SSN che privato.

Difetto Fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Dipendenti

Le persone che hanno con il **Contraente** un rapporto di lavoro subordinato, compresi i lavoratori occasionali e gli apprendisti, regolarmente iscritti all'INAIL.

E

Evento / Data Evento

Prestazioni Ospedaliere - il singolo **Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale**. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

Prestazioni Extraospedaliere - l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente e relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Embargo

È una sanzione economica e commerciale destinata a vietare o limitare il commercio di beni, tecnologie e servizi con i paesi sanzionati.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obbiettivamente constatabili.

Indennizzo o Rimborso

La somma dovuta dalla **Compagnia all'Assicurato** in caso di **Sinistro** dopo l'applicazione al **Danno Liquidabile e Scoperti** eventualmente previsti nel **Contratto**.

Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Intervento di piccola chirurgia non in regime di **Ricovero, Day Surgery**, eseguito presso **Istituto di Cura**, Centro Medico o studio medico chirurgico.

Intervento Chirurgico

Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Istituto di Cura

Istituto universitario, ospedali pubblici, cliniche e casa di cura, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di cura per la convalescenza ed il soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, RSA (residenze sanitarie per anziani), ospedali militari e istituti specializzati per la riabilitazione.

G

Grandi Interventi Chirurgici o GIC

Gli **Interventi Chirurgici** ricompresi nell'Appendice 1 all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione.

I

Inabilità temporanea (IT)

La temporanea incapacità fisica, totale o parziale, di svolgere le proprie occupazioni e generiche attività che solitamente vengono svolte nella quotidianità.

Indennità Sostitutiva

Indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di Ricovero che non comporti il **Rimborso** delle spese sanitarie.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da **Infortunio**.

La gravidanza non è considerata Malattia.

Malattia improvvisa

la Malattia di acuta insorgenza di cui l'**Assicurato** non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'**Assicurato**.

Malattia Mentale

Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

Malattia Preesistente

Malattie già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche o esami clinici (strumentali e di laboratorio) prima della **Data di Decorrenza** della **Polizza**.

Malformazione

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

Massimale Assicurato

L'importo che rappresenta il massimo esborso della **Compagnia** in relazione alle coperture prestate per **Anno Assicurativo**.

Medicina Alternativa o complementare

Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica; medicina antroposofica,

medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese; omotossicologia; chiropratica.

Modulo di Polizza

È la parte del **Contratto** che viene sottoscritta dal **Cliente** e dalla **Compagnia** e che ne riporta i dati variabili del **Contratto**.

MyAssistance

MyAssistance S.r.l., con sede in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano, società di servizi che provvede, per conto di Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A., al **Pagamento Diretto** delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al **Rimborso agli Assicurati**. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

O

Offerta fuori sede

Modalità di collocamento di prodotti assicurativi tramite soggetti abilitati all'attività di distribuzione fuori dai locali degli intermediari iscritti alle sez. A, B, D, F del Registro pubblico degli intermediari assicurativi presso IVASS (anche "RUI"). I soggetti abilitati all'offerta fuori sede devono essere iscritti nella sez. E del RUI, consultabile online dal sito dell'IVASS. A titolo esemplificativo, si ha Offerta fuori sede, quando un consulente finanziario abilitato all'offerta fuori sede promuove e colloca prodotti assicurativi fuori dalle sedi o dalle filiali della banca intermediaria.

OMS

Organizzazione Mondiale della Sanità

P

Periodo di Assicurazione

Nel caso in cui l'**Assicurazione** preveda una durata annuale, questo s'intende stabilito come il

periodo compreso tra la prima data di decorrenza dell'**Assicurazione** e la prima scadenza annua e, per gli anni seguenti, come il periodo compreso tra le successive date di decorrenza e le date di scadenza annuali del **Contratto**; nel caso in cui l'**Assicurazione** sia stipulata per una durata inferiore all'anno, detto periodo coincide con quest'ultima durata.

PHEIC

Public Health Emergencies of International Concern (Emergenza Sanitaria di interesse Internazionale).

Polizza

Il documento contrattuale che prova l'**Assicurazione**.

Prestazione

L'Assistenza da erogarsi in natura e cioè l'aiuto che deve essere fornito all'**Assicurato**, nel momento del bisogno, da parte della **Compagnia**, tramite la **Centrale Operativa**, in caso di **Sinistro**.

Prezzo

Il costo della copertura assicurativa dovuto dal **Cliente** alla **Compagnia**. La legge lo definisce premio.

Q

Questionario Sanitario

Il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'**Assicurato**.

R

Regime Convenzionato - Pagamento Diretto

L'accesso, tramite preventiva attivazione di **MyAssistance**, ad una Struttura Convenzionata (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati). Il costo delle spese viene sostenuto dalla **Compagnia**, in

nome e per conto dell'**Assicurato** medesimo, nei limiti ed in conformità a quanto previsto ai sensi di **Polizza**.

Regime misto

L'accesso, tramite preventiva attivazione di **MyAssistance**, ad una **Struttura Convenzionata**, per la quale verrà applicato il **Regime Convenzionato**, ricevendo prestazioni mediche eseguite da medici non convenzionati, per i quali verrà applicato il **Regime non Convenzionato**.

Regime non Convenzionato

L'accesso da parte dell'**Assicurato** a **Strutture non Convenzionate**, richiedendo a cura ultimata il **Rimborso** delle prestazioni ricevute.

Residenza

Il luogo dove l'**Assicurato** ha stabilito la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico.

Retta di Degenza

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

Ricovero/degenza

La permanenza in **Istituti di Cura**, resa necessaria a seguito di malattia o infortunio, regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che contempli almeno un pernottamento, ovvero la permanenza diurna in **Day Hospital / Day Surgery**.

Ricovero Improprio

La degenza, con o senza pernottamento in **Istituto di Cura**, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rischio

La probabilità che si verifichi il **Sinistro**.

Rivalsa

La facoltà della **Compagnia**, che corrisponde l'**Indennizzo**, di sostituirsi all'**Assicurato** nei diritti verso il terzo responsabile, nel caso in cui il danno dipenda da illecito di un terzo.

S

Sanzioni Internazionali

Normativa relativa alle misure restrittive adottate dall'Unione Europea (UE) o dai singoli Stati Membri, o da altri Paesi al di fuori dell'UE (inclusi gli Stati Uniti d'America).

Scoperto

La percentuale del danno che rimane a carico dell'**Assicurato**. Se non diversamente indicato si applica per **Evento**.

Sinistro

Il verificarsi del fatto per il quale è prestata la garanzia assicurativa, e da cui è derivato un danno.

Sport Professionistico

Attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Strutture Convenzionate

Rete convenzionata **MyAssistance** costituita da Ospedali, Istituti di Carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, medici specialisti, centri e studi odontoiatrici, medici odontoiatrici nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste.

Strutture non Convenzionate

Strutture non facenti parte della rete convenzionata **MyAssistance**.

T

Tentativo Obbligatorio di Mediazione

Normativa disciplinata dall'art. 5 D.Lgs. 28/10.

Termini di Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla **Data di Decorrenza** della **Polizza** durante il quale le garanzie non sono operanti. Vuol dire che se il Sinistro avviene in quel periodo di tempo o il Ricovero o le cure odontoiatriche iniziano durante il **Termine di Carenza** e proseguono oltre lo stesso, l'**Assicurato** non ha diritto all'**Indennizzo**.

Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili a termine di **Polizza**. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

V

Visite Specialistiche

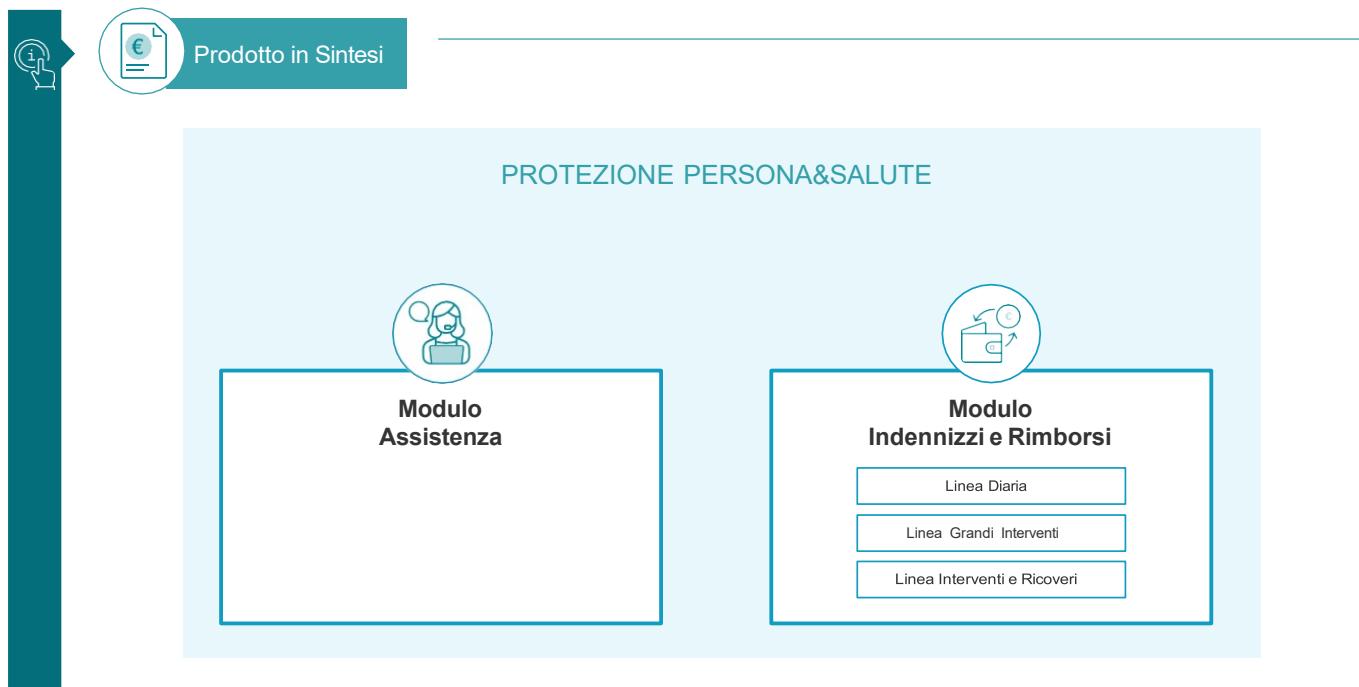
La visita che viene effettuata da un medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le Medicine Alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine.

B - Presentazione

Protezione Persona&Salute è la soluzione assicurativa multirischio per la tutela della persona, del nucleo familiare o dei soci/collaboratori dai rischi relativi alle emergenze sanitarie e/o agli esborsi correlati a prestazioni mediche rese necessarie da infortunio, malattia o parto.

Protezione Persona&Salute si compone di due Moduli, indipendenti tra di loro:

1. Modulo Assistenza
2. Modulo Indennizzi e Rimborsi



Il **Modulo Assistenza** prevede prestazioni di Assistenza d'urgenza a seguito di **Infortunio e Malattia** erogate dalla Centrale Operativa di Inter Partner Assistance S.A., tramite personale specializzato, in Italia e/o all'Ester, oltre che prestazioni di tele e video consulto medico.

Il **Modulo Indennizzi e Rimborsi** è dedicato al pagamento di indennità e/o al rimborso delle spese mediche. Questo modulo prevede tre differenti linee:

- 1. Linea Diaria:** all'**Assicurato** viene riconosciuto un indennizzo in caso di ricovero (anche day hospital e day surgery) con o senza intervento chirurgico ed un indennizzo durante il periodo di convalescenza successivo al ricovero.
- 2. Linea Grandi interventi:** prevede il rimborso delle spese sanitarie che l'**Assicurato** dovesse sostenere in caso di Ricovero per **Grande Intervento Chirurgico** reso necessario da malattia o infortunio e delle spese sostenute prima e dopo il Ricovero per **Grande Intervento Chirurgico**, purché inerenti la malattia o l'infortunio che ha reso necessario il **Grande Intervento Chirurgico** stesso. Vengono rimborsate le spese per i soli **Grandi Interventi Chirurgici** elencati all'interno delle Condizioni di Assicurazione (Appendice 1).
- 3. Linea Interventi e ricoveri:** prevede il rimborso, fino alla concorrenza dei massimali, delle spese sanitarie rese necessarie a seguito di malattia o infortunio (anche relative a ricoveri in day hospital, day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale) e delle spese correlate al ricovero e sostenute prima, durante e dopo lo stesso.

Ogni linea integra tutti i servizi previsti dal **Modulo Assistenza** e prevede anche il Check Up, una garanzia per monitorare le condizioni di salute, per assicurati che abbiano compiuto i 30 anni di età.

Le 3 linee del **Modulo Indennizzi e Rimborsi** sono personalizzabili con possibilità di ampliare il livello di copertura con le seguenti garanzie facoltative:

- **Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici:** prevede il rimborso delle spese relative ad accertamenti diagnostici, visite specialistiche e trattamenti fisioterapici e rieducativi
- **Prevenzione e Cure Dentarie:** riconosce le spese per prevenzione dentaria indipendentemente da malattia e infortunio e le cure dentarie riportate nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate”.
- **Diaria da Ricovero e Convalescenza** (integrabile solo per le linee **Grandi Interventi e Interventi e Ricoveri**): all’**Assicurato** viene riconosciuto un indennizzo in caso di ricovero (anche day hospital e day surgery) con o senza intervento chirurgico ed un indennizzo durante il periodo di convalescenza successivo al ricovero.

Per entrambi i Moduli sono inclusi:

1. Card dei Servizi MyAssistance (prestazione non assicurativa): offre al Cliente la possibilità di accedere ad un network convenzionato per ricevere prestazioni mediche, odontoiatriche e fisioterapiche, con tariffe privilegiate.

2. La possibilità di scegliere uno dei seguenti tre pacchetti Assistenza in grado di soddisfare le esigenze relative a specifiche fasi della vita (uno a scelta per Assicurato):

- Benessere:** prestazioni di assistenza dedicate agli assicurati interessati al proprio benessere psico-fisico (es: consulenza nutrizionale, consulenza Personal Trainer),
- Mamma&Papà:** prestazioni di assistenza dedicate ai neogenitori per supportare la famiglia dalla gravidanza alla gestione del bambino (es: videoconsulto pediatrico, invio ginecologico a domicilio),
- Senior:** prestazioni dedicate agli assicurati senior che necessitano di un supporto in materia di assistenza domiciliare (es: servizio di transfer da e per centri di cura, disbrigo della quotidianità).

Nel **Modulo Indennizzi e Rimborsi** l’**Assicurato** può usufruire dei seguenti regimi di erogazione delle prestazioni:

- **Regime Convenzionato – Pagamento Diretto** (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati): la Compagnia paga le spese sanitarie alla Struttura Convenzionata. Restano a carico dell’**Assicurato** eventuali Scoperti o somme eccedenti i Massimali nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata.
- **Regime non Convenzionato – a Rimbors**o (struttura sanitaria e medico/Equipe medica entrambi non convenzionati): l’**Assicurato** paga le spese sanitarie e richiede a cura ultimata il Rimbors o alla Compagnia. Dal Rimbors o vengono sottratti Scoperti o somme eccedenti i Massimali nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto.
- **Regime Misto** (struttura sanitaria convenzionata e medico/Equipe medica non convenzionati): la **Compagnia** paga le spese relative alla struttura sanitaria e l’**Assicurato** deve saldare eventuali **Scoperti** a suo carico, come previsto dal **Regime Convenzionato**, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata.

Inoltre, l’**Assicurato** deve saldare le spese della Equipe medica non convenzionata e richiedere successivamente alla **Compagnia** il **Rimbors o** delle stesse. Dal **Rimbors o** vengono sottratti **Scoperti**, come previsto dal **Regime non Convenzionato**, o somme eccedenti i **Massimali**, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto.

Il prodotto **Protezione Persona&Salute** è soggetto a tacito rinnovo, salvo disdetta inviata con preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla data di rinnovo annuale.

In caso di vendita a distanza il Cliente può recedere dal contratto entro 14 giorni dalla conclusione del contratto o dalla ricezione dei documenti contrattuali.

C - MODULO Indennizzi e Rimborsi

1 Quadro generale



1.1 Tipo di contratto

Con il presente **Contratto di Assicurazione** la **Compagnia** riconosce, nei limiti dei **Massimali Assicurati** e delle condizioni di assicurazione, le spese sostenute dall'**Assicurato** rese necessarie da **Malattia** o **Infortunio** che avvengono dopo la **Data di Decorrenza** di **Polizza** e durante la validità della stessa, fermi i **Termini di Carenza** di cui all'articolo 1.6.

1.2 Coperture Prestate

Per ciascun **Assicurato**, il **Cliente** deve sottoscrivere la copertura di una linea obbligatoria, con le relative garanzie definite.

Ciascuna linea obbligatoria è integrabile con una o più garanzie facoltative e/o con uno dei tre pacchetti assistenza facoltativi che prevedono il pagamento di un **Prezzo** aggiuntivo.

Gli assicurati all'interno della stessa **Polizza** possono avere linee obbligatorie, garanzie facoltative e pacchetti assistenza facoltativi differenti.

LINEA OBBLIGATORIA	GARANZIE INCLUSE
DIARIA	<p>“Diaria da Ricovero - Diaria da Convalescenza” “Check Up” “Card e Servizi MyAssistance” “Sezione Assistenza”</p>
GRANDI INTERVENTI	<p>“Rimborso Grandi Interventi” “Check Up” “Card e Servizi MyAssistance” “Sezione Assistenza”</p>
INTERVENTI E RICOVERI	<p>“Rimborso Spese Mediche” “Check Up” “Card e Servizi MyAssistance” “Sezione Assistenza”</p>

GARANZIE FACOLTATIVE

“Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici”

“Diaria da Ricovero e Convalescenza”

“Prevenzione e Cure Dentarie”

PACCHETTI ASSISTENZA OPZIONALI

“Benessere”

“Mamma&Papà”

“Senior”

La garanzia facoltativa: “Diaria da Ricovero e Convalescenza” è acquistabile solo in abbinamento alle linee “Grandi Interventi” e “Interventi e Ricoveri”

1.3 Persone assicurate

Sono assicurabili fino a 5 persone fisiche all'interno della stessa **Polizza**.

La copertura è valida anche in caso di **Clienti** persone giuridiche, sempre con un massimo di 5 Assicurati all'interno della stessa **Polizza**; nel caso specifico è il datore di lavoro che sottoscrive la **Polizza** per i propri **Dipendenti**.

Tutte le persone assicurabili devono essere stabilmente residenti in Italia.

1.4 Condizioni di assicurabilità

L'Assicurazione è valida per **Assicurati** con:

- età massima all'ingresso: 69 (sessantanove) anni compiuti;

- età massima in uscita: 75 (settantacinque) anni compiuti.

Qualora un **Assicurato** compia il 75° anno di età durante l'Anno Assicurativo, la copertura termina per questo **Assicurato** alla prima scadenza utile di annualità, fermo il ricalcolo del **Prezzo** sulla base del nuovo numero di Assicurati all'interno della medesima **Polizza**.

Prima della sottoscrizione della **Polizza**, di acquisto di una nuova linea obbligatoria o di una garanzia facoltativa (ad eccezione della garanzia "Prevenzione e Cure Dentarie), per tutti gli **Assicurati** è prevista la compilazione del **Questionario Sanitario**.

La Copertura può essere attivata solo se l'Assicurato risponde negativamente a tutte le domande del Questionario Sanitario.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

Non sono, altresì, assicurabili le persone residenti al di fuori dell'Italia; a tal riguardo si veda la definizione di **Residenza**.

Al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'**Assicurazione** cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'**Assicurato** - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della **Compagnia** di corrispondere un eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso di annualità, la **Compagnia** rimborsa al **Cliente**, entro 45 giorni, la parte di **Prezzo**, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui la Compagnia ne viene a conoscenza ed il termine del **Periodo di Assicurazione** per il quale è stato corrisposto il **Prezzo** stesso.

1.5 Estensione territoriale

Salvo diversamente specificato per le singole garanzie Assistenza, le coperture assicurative valgono per il mondo intero a condizione che il soggiorno all'estero non si protragga per oltre 90 giorni.

La Repubblica di San Marino e la Città del Vaticano sono da intendersi appartenenti al territorio Italiano.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'**Assicurato**, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea (BCE).

1.6 Termini di Carenza

L'Assicurazione è operante ed effettiva, salvo le esclusioni elencate all'articolo 8, per:

- gli **Infortuni**: dalle ore 24:00 della **Data di Decorrenza** della **Polizza**;
- le **Malattie**:
 - linee obbligatorie (compresa la garanzia Check Up) dal 30° giorno successivo alla **Data di Decorrenza** della **Polizza**;
 - garanzie facoltative "Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici" e "Diaria da Ricovero e Convalescenza" dal 60° giorno successivo alla **Data di Decorrenza** della **Polizza**;
 - garanzia facoltativa "Prevenzione e Cure Dentarie" dal 30° giorno successivo alla **Data di Decorrenza** della **Polizza**;
- il parto: dal 270° giorno successivo alla **Data di Decorrenza** della **Polizza**
- le **Malattie** dipendenti da gravidanza o puerperio e l'**Aborto Terapeutico**: dal 60° giorno successivo alla **Data di Decorrenza** della **Polizza**, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla **Data di Decorrenza** della **Polizza** stessa.

Qualora in occasione dei rinnovi annui di **Contratto** il **Cliente** o l'**Assicurato** volesse includere nuovi moduli obbligatori e/o garanzie facoltative i **Termini di Carenza** sopra descritti verranno calcolati dalle ore 24:00 della data di decorrenza dell'appendice alla **Polizza** per l'inclusione delle nuove garanzie, fatta eccezione per le garanzie in essere che manterranno le date del contratto precedente.

Per il solo neonato che viene incluso gratuitamente nella linea Interventi e Ricoveri della **Polizza** del genitore, la carenza di 30 giorni prevista per le linee obbligatorie decorre dalla data di nascita indipendentemente dalla data d'ingresso in copertura.

Alla scadenza della **Polizza** del genitore, qualora il neonato venisse incluso in copertura nella linea Interventi e Ricoveri e la carenza prevista per le linee obbligatorie non fosse completamente esaurita la stessa verrà calcolata per i giorni rimanenti. Qualora venissero acquistate delle linee obbligatorie differenti e/o delle garanzie facoltative le carenze decorreranno dalle ore 24:00 della data d'inclusione delle nuove garanzie.

Qualora la **Polizza** sia stata emessa in sostituzione o in ripresa di un'altra, stipulata con la presente **Compagnia**, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa), i **Termini di Carenza** di cui sopra vengono calcolati dalla **Data di Decorrenza** della presente **Polizza**, in riferimento:

- alle maggiori somme assicurate per prestazioni sanitarie già previste nella precedente copertura;
- alle prestazioni sanitarie non previste nella precedente copertura.

Trascorso il **Termine di Carenza**, eventuali **Malattie** diagnosticate e/o che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici durante i suddetti **Termini di Carenza**, se coperte in termini di **Polizza**, sono rimborsate secondo le modalità previste dalla presente copertura assicurativa.

D - Oggetto del Contratto

Sono valide le linee obbligatorie, le garanzie facoltative e i pacchetti assistenza opzionali espressamente richiamati nel **Modulo di Polizza**.

2. Linea Diaria

Copertura Principale

La copertura base prevista da questa linea è valida solo se espressamente richiamata nel Modulo di Polizza e si compone delle garanzie riportate ai punti 2.1, 2.2, 2.3 e 2.4; a tali garanzie si applicano le esclusioni presenti all'articolo 8.1.

LINEA OBBLIGATORIA	GARANZIE INCLUSE
--------------------	------------------

DIARIA	"Diaria da Ricovero - Diaria da Convalescenza" "Check Up" "Card e Servizi MyAssistance"
--------	---

2.1 Diaria da Ricovero

Questa garanzia riconosce all'**Assicurato**, in caso di **Ricovero** con o senza **Intervento Chirurgico**, compreso il parto e l'**Aborto Terapeutico** una **Diaria**, come riportato nella tabella riassuntiva di cui all'articolo 2.5.

Al fine del calcolo dei giorni in caso di **Ricovero**, il primo e ultimo giorno sono considerati come unico giorno.

La **Diaria** viene riconosciuta se il Ricovero, reso necessario a seguito di **Malattia** o **Infortunio**, avviene dopo la **Data di Decorrenza** della **Polizza** e durante il periodo di validità della stessa, fermi i **Termini di Carenza** di cui all'articolo 1.6.

La **Diaria** viene riconosciuta anche in caso di **Day Hospital / Day Surgery**.

Le prestazioni ospedaliere devono essere erogate presso:

- **Istituto di Cura** privato o pubblico;
- **Istituto di Cura** privato in regime di convenzione con il **SSN**.

2.2 Diaria da Convalescenza post ricovero

Viene riconosciuta all'**Assicurato** una **Diaria da Convalescenza**, come riportato nella tabella riassuntiva di cui all'articolo 2.5, a seguito di convalescenza successiva ad un **Ricovero**, reso necessario a seguito di **Malattia** o **Infortunio**, con o senza **Intervento Chirurgico**. I giorni di **Convalescenza** devono essere prescritti in **Cartella Clinica**.

2.3 Check Up

Questa garanzia è prevista solo per **Assicurati** di età pari o superiore a 30 anni compiuti, al fine di monitorare le condizioni di salute.

Il Check Up dovrà essere effettuato:

- in un'unica soluzione;
- una volta all'anno presso **Strutture Convenzionate**, attivando preventivamente il **Regime Convenzionato - Pagamento diretto con la Centrale Organizzativa**.

Di seguito vengono riportate le prestazioni, differenziate tra Donna e Uomo, incluse nel Check Up:

DONNA	UOMO
Esami di Laboratorio:	Esami di Laboratorio:
<ul style="list-style-type: none"> • Azotemia • Cloremia Sodiemia Potassiemia • Colesterolo totale (LDL e HDL) • Creatinemia • Emocromo con formula • Gamma GT • Glicemia • PCR • T3 - T4 – TSH • Transaminasi • Trigliceridi • Uricemia • Emoglobina Glicata • Esami urine completo 	<ul style="list-style-type: none"> • Azotemia • Cloremia Sodiemia Potassiemia • Colesterolo totale (LDL e HDL) • Creatinemia • Emocromo con formula • Gamma GT • Glicemia • PCR • T3 - T4 – TSH • Transaminasi • Trigliceridi • Uricemia • Emoglobina Glicata • Esami urine completo
Pap test	E.C.G. (Elettrocardiogramma)
Ecografia Mammaria/Mammografia (quest'ultima > 40 anni)	PSA (> 40 anni)
Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG	Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG
Ecografia addominale	Ecografia addominale

2.4 Card e Servizi MyAssistance

La **Compagnia**, per il tramite di **MyAssistance**, mette a disposizione degli **Assicurati**, durante la validità della **Polizza** e solo dopo il perfezionamento della stessa, una Card Salute nominativa (sotto forma di card digitalizzata accessibile mediante l'applicazione mobile o webapp, accessibile mediante l'accesso alla propria pagina riservata del sito MyAssistance).

La Card Salute permette di beneficiare di tariffe agevolate nelle **Strutture Convenzionate** per prestazioni sanitarie non previste della presente **Polizza** il cui elenco è reperibile dal sito internet www.myassistance.it (oltre che dall'applicazione mobile e della webapp).

2.5 Massimali e limiti di copertura

I limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per **Anno Assicurativo** e per persona.

DIARIA DA RICOVERO - DIARIA DA CONVALESCENZA

Diaria giornaliera da Ricovero con / senza Intervento Chirurgico	€ 100 per ciascun giorno di ricovero con pernottamento per un massimo di 200 giorni
Diaria giornaliera per Day Surgery / Day Hospital	€ 50 per un massimo di 50 giorni
Diaria da convalescenza post ricovero	€ 100 per ciascun giorno di degenza domiciliare per un periodo non superiore 2 volte quello del ricovero stesso, con il limite massimo di 20 giorni per Sinistro
Diara da convalescenza post Day Surgery / Day Hospital	€ 50 per un massimo di 2 giorni per Sinistro
Parto naturale e cesareo	€ 100 per 3 giorni

3 Linea Grandi Interventi

Copertura Principale

La copertura base prevista da questa linea è valida solo se espressamente richiamata nel **Modulo di Polizza** e si compone delle garanzie riportate ai punti 3.1, 3.2 e 3.3; a tali garanzie si applicano le esclusioni presenti all'articolo 8.1.

LINEA OBBLIGATORIA	GARANZIE INCLUSE
GRANDI INTERVENTI	"Rimborso Grandi Interventi" "Check Up" "Card e Servizi MyAssistance"

3.1 Rimborso Grandi Interventi

Questa garanzia prevede il **Rimborso**, fino a concorrenza del **Massimale Assicurato** e con i limiti previsti nella tabella di cui all'articolo 3.4, delle spese sanitarie, rese necessarie a seguito di **Malattia o Infortunio**, effettuate dopo la **Data di Decorrenza** della **Polizza** e durante il periodo di validità della stessa, fermi i **Termini di Carenza** di cui all'articolo 1.6.

Sono comprese esclusivamente le prestazioni per ricoveri ospedalieri per i soli Grandi Interventi Chirurgici (GIC), ricompresi nell'Appendice 1.

In caso di **Ricovero** iniziato durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa e terminato oltre il periodo di validità della stessa, la **Compagnia** riconosce entro i limiti indicati nella tabella riassuntiva (articolo 3.4) le spese:

- fino alla data di dimissione dall'**Istituto di Cura**;
- per prestazioni effettuate nel periodo **POST Ricovero**, purché le stesse siano rese necessarie dal **Ricovero per GIC**.

Di seguito le spese mediche comprese dalla presente garanzia:

A. Ricovero per GIC

Vengono rimborsate, entro il limite massimo le spese sostenute e rese necessarie dal Ricovero per **GIC**:

SPESE PRE

Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché effettuati precedentemente e inerenti al **Ricovero per GIC**.

SPESE DURANTE

Accertamenti Diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, **Assistenza Infermieristica**, terapie, **Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi**, medicinali, onorari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, **Rette di Degenza** (non sono comprese le spese voluttuarie).

SPESE POST

Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, **Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi**, cure termali (escluse le spese alberghiere), purché effettuati successivamente e inerenti al **Ricovero per GIC**.

B. Indennità Sostitutiva per GIC

Con riferimento al solo **Ricovero per GIC** (per giorno di Ricovero si intende con pernottamento), qualora le prestazioni siano a totale carico del **SSN**, la **Compagnia** corrisponde all'**Assicurato** un'**Indennità Sostitutiva**.

Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del **SSN**, l'**Assicurato** potrà scegliere tra l'**Indennità Sostitutiva** o il **Rimborso** delle spese rimaste a suo carico.

Sono inoltre riconosciute le SPESE PRE e POST come descritte al precedente punto A. senza applicazione di **Scoperti**.

L'**Indennità Sostitutiva** viene riconosciuta senza applicazione di **Scoperti**.

C. Estensione garanzia Indennità Sostitutiva

L'**Indennizzo** previsto per l'**Indennità Sostitutiva** (descritta al precedente punto B.) viene raddoppiato in caso di **Ricovero** in regime **SSN** in terapia Intensiva (esclusa la terapia sub-intensiva) per un massimo di 3 settimane conseguente a malattia infettiva definita dall'OMS come emergenza sanitaria di interesse internazionale (PHEIC); l'ammissione alla terapia intensiva deve avvenire in conseguenza della malattia infettiva e la data di ammissione deve essere successiva o uguale alla data di dichiarazione da parte dell'OMS di PHEIC e durante il periodo di validità della **Polizza**.

Fermi i **Termini di Carenza** di 30 giorni calcolati a decorrere dalle ore 24:00 della **Data di Decorrenza** della **Polizza**, qualora la linea obbligatoria "Grandi interventi" venisse acquistata successivamente alla data di prima sottoscrizione della **Polizza**, i **Termini di Carenza** vengono calcolati a decorrere dalle ore 24:00 dalla data di decorrenza dell'appendice alla **Polizza**.

Durante la terapia intensiva conseguente a malattia infettiva definita dall'OMS come emergenza sanitaria di interesse internazionale (PHEIC) l'**Indennità Sostitutiva** e quanto previsto dalla presente estensione non sono cumulabili tra loro. Opera solo l'estensione di garanzia.

L'estensione di garanzia è valida solo se l'evento principale del Ricovero è dovuto a un Grande Intervento Chirurgico.

D. Accompagnatore

Vengono rimborsate le spese relative al vitto e pernottamento dell'accompagnatore in **Istituto di Cura** o struttura alberghiera (ove non sussista la disponibilità in **Istituto di Cura**), con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati nella tabella di cui all'articolo 3.4.

E. Ticket SSN ospedaliero

Vengono rimborsate, senza applicazione di alcuno **Scoperto**, le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione, fermi i limiti previsti.

3.2 Check Up

Questa garanzia è prevista solo per **Assicurati** di età pari o superiore a 30 anni compiuti, al fine di monitorare le condizioni di salute.

Il Check Up dovrà essere effettuato:

- in un'unica soluzione;
- una volta all'anno presso **Strutture Convenzionate**, attivando preventivamente il **Regime Convenzionato - Pagamento diretto** con la **Centrale Organizzativa**.

Di seguito vengono riportate le prestazioni, differenziate tra Donna e Uomo, incluse nel Check Up:

DONNA	UOMO
Esami di Laboratorio:	Esami di Laboratorio:
<ul style="list-style-type: none"> • Azotemia • Cloremia Sodiemia Potassiemia • Colesterolo totale (LDL e HDL) • Creatinemia • Emocromo con formula • Gamma GT • Glicemia • PCR • T3 - T4 – TSH • Transaminasi • Trigliceridi • Uricemia • Emoglobina Glicata • Esami urine completo 	<ul style="list-style-type: none"> • Azotemia • Cloremia Sodiemia Potassiemia • Colesterolo totale (LDL e HDL) • Creatinemia • Emocromo con formula • Gamma GT • Glicemia • PCR • T3 - T4 – TSH • Transaminasi • Trigliceridi • Uricemia • Emoglobina Glicata • Esami urine completo
Pap test	E.C.G. (Elettrocardiogramma)
Ecografia Mammaria/Mammografia (quest'ultima > 40 anni)	PSA (> 40 anni)
Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG	Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG
Ecografia addominale	Ecografia addominale

3.3 Card e Servizi MyAssistance

La **Compagnia**, per il tramite di **MyAssistance**, mette a disposizione degli **Assicurati**, durante la validità della **Polizza** e solo dopo il perfezionamento della stessa, una Card Salute nominativa (sotto forma di card digitalizzata accessibile mediante l'applicazione mobile o webapp accessibile mediante l'accesso alla propria pagina riservata del sito MyAssistance).

La Card Salute permette di beneficiare di tariffe agevolate nelle **Strutture Convenzionate** per prestazioni sanitarie non previste della presente Polizza il cui elenco è reperibile dal sito internet www.myassistance.it (oltre che dall'applicazione mobile e della webapp).

3.4 Massimali e limiti di copertura

I **Massimali Assicurati** e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per **Anno Assicurativo** e per persona.

RIMBORSO GRANDI INTERVENTI	
Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici (come da elenco)	
Massimale per anno per persona	€ 200.000,00
Regime Convenzionato - Pagamento diretto	Rimborso al 100%
Regime non convenzionato	applicazione di uno Scoperto del 30%
Regime Misto	vedasi quanto previsto per il Regime Convenzionato e non Covenzionato meglio identificata nel seguito
Spese PRE e POST	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi (*)
Limite rette di degenza (per le sole Strutture non convenzionate)	€ 350 al giorno
Indennità Sostitutiva	€ 150 al giorno per un massimo di 100 giorni
Spese PRE e POST Indennità Sostitutiva	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi (Rimborso al 100%)
Accompagnatore	€ 75 al giorno per un massimo di 50 giorni (senza applicazione di Scoperti)
Ticket SSN	Rimborso al 100% (fermo il Massimale)

(*) il rimborso delle spese PRE e POST segue la modalità di regime dell'Evento principale: rimborso al 100% se in **Regime Convenzionato – Pagamento diretto** o applicazione dello **Scoperto** se in **Regime non Convenzionato**.

Esempio regime misto

Intervento: "Intervento sull'aorta addominale e sulle arterie iliache", eseguito in clinica privata convenzionata da equipe medica non convenzionata.

L'Equipe medica emette fatture per un importo complessivo pari a 10.000€

La clinica emette fattura pari a 15.000€

La Compagnia rimborsa all'Assicurato che ha sostenuto il costo delle fatture dell'Equipe Medica al netto dello scoperto del 30%: 10.000€ - 30% = 7.000€.

Inoltre la Compagnia, attraverso il pagamento diretto, corrisponde alla clinica convenzionata quanto fatturato per le sue spese: 15.000€.

Sinistro: 25.000€

Di cui in capo alla Compagnia: 15.000€ + 7.000€ = 22.000€

Di cui in capo al cliente: 3.000€

4 Linea Interventi e Ricoveri

Copertura Principale

La copertura base prevista da questa linea è valida solo se espressamente richiamata nel **Modulo di Polizza** e si compone delle garanzie riportate ai punti 4.1, 4.2 e 4.3; a tali garanzie si applicano le esclusioni presenti all'articolo 8.1.

LINEA OBBLIGATORIA	GARANZIE INCLUSE
INTERVENTI E RICOVERI	<p>"Rimborso Spese Mediche" "Check Up" "Card e Servizi MyAssistance"</p>

4.1 Rimborso Spese Mediche

Questa garanzia prevede il **Rimborso**, fino a concorrenza del **Massimale Assicurato** e con i limiti previsti nella tabella riassuntiva di cui all'articolo 4.4, delle spese sanitarie effettuate dopo la **Data di Decorrenza** della **Polizza** e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da **Malattia** o **Infortunio** avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'articolo 1.6.

Sono compresi il parto e l'**Aborto Terapeutico**.

In caso di **Ricovero** iniziato durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa e terminato oltre il periodo di validità della stessa, la **Compagnia** riconosce entro i limiti indicati nella tabella di cui all'articolo 4.4 le spese:

- fino alla data di dimissione dall'**Istituto di Cura**;
- per prestazioni effettuate nel periodo **POST Ricovero**, purché le stesse siano inerenti il **Ricovero** stesso.

Di seguito le spese mediche comprese dalla presente garanzia:

A. Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Vengono rimborsate, entro il limite massimo le:

SPESE PRE

Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché effettuati precedentemente e inerenti al **Ricovero** con o senza **Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale**.

SPESE DURANTE

Accertamenti Diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica ed ostetrica, terapie, **Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi**, medicinali, onorari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, **Rette di Degenza** (non sono comprese le spese voluttuarie).

Per l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale le spese per la **Retta di Degenza** sono escluse.

SPESE POST

Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, **Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi** (solo in caso di Interventi Chirurgici), cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'Intervento Chirurgico (escluse le spese alberghiere), purché effettuati successivamente e inerenti al **Ricovero** con o senza **Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale**.

B. Parto Fisiologico, Parto Cesareo / Aborto Terapeutico

Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto A in relazione a Parto fisiologico, parto cesareo e **Aborto Terapeutico**.

Le spese vengono rimborsate entro il limite del Sub-massimale nella tabella di cui all'articolo 4.4 e senza applicazione di **Scoperti**.

Nel sub-massimale sono ricomprese anche le spese per la **Retta di Degenza** dalla madre e per il nido.

C. Chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi

In caso di:

- anisometropia superiore a 4 diottrie;
- oppure
- difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 diottrie

vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto A.

Le spese vengono rimborsate entro il limite del sub-massimale indicato nella tabella di cui all'articolo 4.4 e senza applicazione di **Scoperti**.

Nel sub-massimale sono ricomprese anche le eventuali spese sostenute per la **Retta di Degenza**.

D. Neonato

Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto A del presente articolo per il neonato, fermo il sub-massimale indicato.

Nel sub-massimale la garanzia ricomprende tutti gli Interventi Chirurgici, anche quelli per l'eliminazione o correzione di **Malformazioni Congenite e Difetti Fisici** e solo se effettuati entro la data di scadenza della **Polizza** del genitore.

Per l'operatività della presente garanzia deve essere assicurato almeno uno dei due genitori che deve aver acquistato la linea obbligatoria "Interventi e Ricoveri".

Il neonato verrà incluso nella Polizza del genitore senza pagamento di un **Prezzo** aggiuntivo, fino alla scadenza annua della Polizza del genitore:

- per le sole prestazioni ospedaliere incluse nella linea obbligatoria "Interventi e Ricoveri" e per tutta la durata del Periodo Assicurativo in corso della Polizza in essere del genitore;
- condividendo gli stessi **Massimali** delle prestazioni ospedaliere in essere per il genitore, fermo il sub massimale del neonato indicato nella tabella di cui all'articolo 4.4;
- fermi **Scoperti, Termini di Carenze** e condizioni di **Polizza**.

Al rinnovo della **Polizza** del genitore, per poter usufruire della copertura assicurativa, per il neonato, dovrà essere:

- compilato il **Questionario Sanitario** e, se assicurabile, i **Termini di Carenze** non verranno ricalcolati, fermo quanto normato all'articolo 1.6;

- corrisposto il relativo **Prezzo**.

Possono essere acquistati linee obbligatorie e garanzie facoltative differenti rispetto a quelle del genitore, fermi i termini di carenza di cui all'articolo 1.6.

E. Pacchetto Maternità

Vengono rimborsate, fermo il limite indicato nella tabella di cui all'articolo 4.4 le spese per:

- **Accertamenti Diagnostici** e analisi di laboratorio effettuate in gravidanza finalizzati al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto.
- visite di controllo ostetrico ginecologico effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologica, controllo ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica e/o iscritti all'apposito albo professionale e una visita anestesiologica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore;
- Indennità per parto: in occasione del parto, previa presentazione della relativa copia conforme della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), la **Compagnia** corrisponde un'Indennità per ogni giorno di ricovero (per giorno di Ricovero si intende con pernottamento).

F. Indennità Sostitutiva

Con riferimento al solo **Ricovero** con o senza **Intervento Chirurgico** (per giorno di ricovero si intende con pernottamento), compreso il parto e l'**Aborto Terapeutico**, qualora le prestazioni siano a totale carico del SSN, la **Compagnia** corrisponde all'**Assicurato** un'Indennità Sostitutiva.

Tale indennità viene riconosciuta anche in caso di **Day Hospital / Day Surgery**.

L'Indennità Sostitutiva non è riconosciuta per:

- **Intervento Chirurgico Ambulatoriale**;
- chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi.
- permanenza nei locali del Pronto Soccorso/astanteria qualora ad essa non consegua il **Ricovero** nella medesima struttura sanitaria.

Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del **SSN**, l'**Assicurato** potrà scegliere tra l'**Indennità Sostitutiva** o il **Rimborso** delle spese rimaste a suo carico.

Sono inoltre riconosciute le SPESE PRE e POST come descritte al precedente punto A. senza applicazione di **Scoperti**.

L'Indennità Sostitutiva viene riconosciuta senza applicazione di **Scoperti**.

G. Estensione garanzia Indennità Sostitutiva

L'**Indennizzo** previsto per l'**Indennità Sostitutiva** (descritta al precedente punto F.) viene raddoppiato in caso di **Ricovero** in regime **SSN** in terapia Intensiva (esclusa la terapia sub-intensiva) per un massimo di 3 settimane conseguente a malattia infettiva definita dall'OMS come emergenza sanitaria di interesse internazionale (PHEIC); l'ammissione alla terapia intensiva deve avvenire in conseguenza della malattia infettiva e la data di ammissione deve essere successiva o uguale alla data di dichiarazione da parte dell'OMS di PHEIC e durante il periodo di validità della **Polizza**.

Fermi i **Termini di Carenza** di 30 giorni calcolati a decorrere dalle ore 24:00 della **Data di Decorrenza** della **Polizza**, qualora la linea obbligatoria "Interventi e Ricoveri" venisse acquistata successivamente alla data di prima sottoscrizione della **Polizza**, i **Termini di Carenza** vengono calcolati a decorrere dalle ore 24:00 dalla data di decorrenza dell'appendice alla **Polizza**.

Durante la terapia intensiva conseguente a malattia infettiva definita dall'OMS come emergenza sanitaria di interesse internazionale (PHEIC) l'**Indennità Sostitutiva** e quanto previsto dalla presente garanzia non sono cumulabili tra loro. Opera solo l'estensione di garanzia.

H. Accompagnatore

Vengono rimborsate le spese relative al vitto e pernottamento dell'accompagnatore in **Istituto di Cura** o struttura alberghiera (ove non sussista la disponibilità in Istituto di Cura), con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati nella tabella di cui all'articolo 4.4.

Tali spese non sono riconosciute per:

- **Intervento Chirurgico Ambulatoriale;**
- chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi.

I. Ticket SSN ospedalieri

Vengono rimborsate, senza applicazione di alcuno **Scoperto**, le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione, fermi i limiti previsti.

4.2 Check Up

Questa garanzia è prevista solo per **Assicurati** di età pari o superiore a 30 anni compiuti, al fine di monitorare le condizioni di salute.

Il Check Up dovrà essere effettuato:

- in un'unica soluzione;
- una volta all'anno presso **Strutture Convenzionate**, attivando preventivamente il **Regime Convenzionato - Pagamento diretto con la Centrale Organizzativa**.

Di seguito vengono riportate le prestazioni, differenziate tra Donna e Uomo, incluse nel Check Up:

DONNA	UOMO
Esami di Laboratorio:	Esami di Laboratorio:
<ul style="list-style-type: none"> • Azotemia • Cloremia Sodiemia Potassiemia • Colesterolo totale (LDL e HDL) • Creatinemia • Emocromo con formula • Gamma GT • Glicemia • PCR • T3 - T4 – TSH • Transaminasi • Trigliceridi • Uricemia • Emoglobina Glicata • Esami urine completo 	<ul style="list-style-type: none"> • Azotemia • Cloremia Sodiemia Potassiemia • Colesterolo totale (LDL e HDL) • Creatinemia • Emocromo con formula • Gamma GT • Glicemia • PCR • T3 - T4 – TSH • Transaminasi • Trigliceridi • Uricemia • Emoglobina Glicata • Esami urine completo
Pap test	E.C.G. (Elettrocardiogramma)
Ecografia Mammaria/Mammografia (quest'ultima > 40 anni)	PSA (> 40 anni)
Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG	Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG
Ecografia addominale	Ecografia addominale

4.3 Card e Servizi MyAssistance

La **Compagnia**, per il tramite di **MyAssistance**, mette a disposizione degli **Assicurati**, durante la validità della **Polizza** e solo dopo il perfezionamento della stessa, una Card Salute nominativa (sotto forma di card digitalizzata accessibile mediante l'applicazione mobile o webapp accessibile mediante l'accesso alla propria pagina riservata del sito MyAssistance).

La Card Salute permette di beneficiare di tariffe agevolate nelle **Strutture Convenzionate** per prestazioni sanitarie non previste della presente **Polizza** il cui elenco è reperibile dal sito internet www.myassistance.it (oltre che dall'applicazione mobile e della webapp).

4.4 Massimali e limiti di copertura

I **Massimali Assicurati** e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per **Anno Assicurativo** e per persona.

RIMBORSO SPESE MEDICHE	
Massimale per anno per persona	
Ricovero con/senza intervento	€ 200.000
Day Hospital/Day Surgery	Rimborso al 100%
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Rimborso al 100%
 Regime Convenzionato - Pagamento diretto	
Ricovero con/senza Intervento Chirurgico	applicazione di uno Scoperto del 30%
Day Hospital/Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulatoriale	applicazione di uno Scoperto del 30%
 Regime non Convenzionato	
Ricovero con/senza Intervento Chirurgico	vedasi quanto previsto per il Regime Convenzionato e non Convenzionato
Day Hospital/Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulatoriale	
 Regime Misto	
Spese PRE e POST	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi (*)
 Submassimali	
Parto fisiologico (inclusa retta di degenza nel submassimale)	€ 2.000 (senza applicazione di Scoperti)
Parto cesareo / aborto terapeutico (inclusa retta di degenza nel submassimale)	€ 4.000 (senza applicazione di Scoperti)
Chirurgia refrattiva (inclusa retta di degenza nel submassimale)	€ 1.000 per occhio (senza applicazione di Scoperti)
Neonato (inclusa retta di degenza nel submassimale)	€ 50.000 (con applicazione di Scoperti)
Retta di Degenza per le solo Strutture non Convenzionate	€ 350 al giorno

Pacchetto Maternità

Massimale per anno per persona	€ 1.200
Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio	
Visite di controllo ostetrico ginecologiche	

Indennità per parto	€ 70 al giorno per max 7 notti
Indennità Sostitutiva	<p>€ 150 al giorno per un massimo di 100 giorni</p> <p>€ 75 al giorno per Day Hospital / Day Surgery</p>
Spese PRE e POST Indennità Sostitutiva	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi (Rimborso al 100%)
Accompagnatore	€ 50 al giorno per un massimo di 50 giorni (senza applicazione di Scoperti)
Ticket SSN	Rimborso al 100% (fermo il Massimale)

(*) il rimborso delle spese PRE e POST segue la modalità di regime dell'**Evento** principale (Ricovero, Day Hospital etc): rimborso al 100% se in **Regime Convenzionato – Pagamento diretto** o applicazione dello **Scoperto** se in **Regime non Convenzionato**.

Esempio regime misto

Intervento: "Intervento sull'aorta addominale e sulle arterie iliache", eseguito in clinica privata convenzionata da equipe medica non convenzionata.

L'Equipe medica emette fatture per un importo complessivo pari a 10.000€

La clinica emette fattura pari a 15.000€

La Compagnia rimborsa all'Assicurato che ha sostenuto il costo delle fatture dell'Equipe Medica al netto dello scoperto del 30%: 10.000€ - 30% = 7.000€.

Inoltre la Compagnia, attraverso il pagamento diretto, corrisponde alla clinica convenzionata quanto fatturato per le sue spese: 15.000€.

Sinistro: 25.000€

Di cui in capo alla Compagnia: 15.000€ + 7.000€ = 22.000€

Di cui in capo al cliente: 3.000€

5 Garanzia Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici**Copertura facoltativa**

Le coperture previste da questa garanzia sono valide solo se la stessa è espressamente richiamata nel **Modulo di Polizza**; a tale garanzia si applicano le esclusioni presenti all'articolo 8.1.

5.1 Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici

Questa garanzia prevede il **Rimborso**, fino a concorrenza del **Massimale Assicurato** e con i limiti indicati nella tabella riassuntiva di cui all'articolo 5.2, delle spese relative a:

- **Accertamenti Diagnostici** (compresa amniocentesi e villocentesi in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età)

Sono escluse:

- **ecografie di controllo della gravidanza**
- **test genetici prenatali non invasivi (come Harmony test, Prenatal Safe)**
- **accertamenti finalizzati a cure odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio.**

- onorari medici per **Visite Specialistiche**, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle **odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio**.

- **Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi**, effettuati presso Istituto di Cura o Centro Medico, da medico specialista regolarmente iscritto all'Albo o Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

Tutte le prestazioni elencate devono essere effettuate dopo la data di decorrenza della polizza e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da **Malattia e Infortunio** avvenuti in corso di contratto, fermi i termini di carenza di cui all'articolo 1.6.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno **Scoperto**, fermi i limiti previsti.

5.2 Massimali e limiti di copertura

I **Massimali Assicurati** e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per **Anno Assicurativo** e per persona.

VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Massimale per anno per persona	€ 2.500
Sottomassimale Visite specialistiche	€ 2.000
Sottomassimale Fisioterapia (da Malattia e Infortuni)	€ 1.000
Regime Convenzionato - Pagamento diretto	applicazione di uno Scoperto del 10%
Regime non Convenzionato	applicazione di uno Scoperto del 25%
Ticket SSN	Rimborso al 100% (fermo il Massimale di cui sopra)

6 Garanzia Diaria da Ricovero e Convalescenza

Copertura facoltativa

Le coperture previste da questa garanzia sono valide solo se la stessa è espressamente richiamata nel **Modulo di Polizza**; a tale garanzia si applicano le esclusioni presenti all'articolo 8.1.

E' possibile acquistare la garanzia solo in abbinamento alle linee Grandi Interventi e Interventi e Ricoveri.

6.1 Diaria da Ricovero

Questa garanzia riconosce all'**Assicurato**, in caso di **Ricovero** con o senza **Intervento Chirurgico**, compreso il parto e l'**Aborto Terapeutico**, una **Diaria** come riportato nella tabella riassuntiva di cui all'articolo 6.3.

Al fine del calcolo dei giorni in caso di **Ricovero**, il primo e ultimo giorno sono considerati come unico giorno.

La **Diaria** viene riconosciuta se il **Ricovero**, reso necessario a seguito di **Malattia** o **Infortunio**, avviene dopo la **Data di Decorrenza della Polizza** e durante il periodo di validità della stessa, fermi i **Termini di Carenza** di cui all'articolo 1.6.

La Diaria viene riconosciuta anche in caso di **Day Hospital / Day Surgery**.

Le prestazioni ospedaliere devono essere erogate presso:

- **Istituto di Cura** privato o pubblico;
- **Istituto di Cura** privato in regime di convenzione con il **SSN**.

6.2 Diaria da Convalescenza post ricovero

Viene riconosciuta all'**Assicurato** una diaria da **Convalescenza**, come riportato nella tabella riassuntiva di cui all'articolo 6.3, a seguito di convalescenza successiva ad un **Ricovero** con o senza **Intervento Chirurgico**. I giorni di **Convalescenza** devono essere prescritti in **Cartella Clinica**.

6.3 Limiti di copertura

I limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per **Anno Assicurativo** e per persona.

DIARIA DA RICOVERO - DIARIA DA CONVALESCENZA	
Diaria giornaliera da Ricovero con / senza Intervento Chirurgico	€ 100 per ciascun giorno di ricovero con pernottamento per un massimo di 200 giorni
Diaria giornaliera per Day Surgery / Day Hospital	€ 50 per un massimo di 50 giorni
Diaria da convalescenza post ricovero	€ 100 per ciascun giorno di degenza domiciliare per un periodo non superiore 2 volte quello del ricovero stesso, con il limite massimo di 20 giorni per Sinistro
Diaria da convalescenza post Day Surgery / Day Hospital	€ 50 per un massimo di 2 giorni per Sinistro
Parto naturale e cesareo	€ 100 per 3 giorni

7 Garanzia Prevenzione e Cure Dentarie

Copertura facoltativa

Le coperture previste da questa garanzia sono valide solo se la stessa è espressamente richiamata nel **Modulo di**

Polizza; a tale garanzia si applicano le esclusioni presenti all'articolo 8.2.

Questa garanzia riconosce le spese per Prevenzione e Cure di 1° Livello entro i limiti indicati nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (articolo 7.1) per le spese odontoiatriche effettuate dopo la **Data di Decorrenza** della **Polizza** e durante il periodo di validità della stessa, fermo i **Termini di Carenza** di cui all'articolo 1.6, rese necessarie da **Malattia o Infortunio** avvenuto in corso di contratto.

Le prestazioni relative alla prevenzione possono essere prestate indipendentemente da **Malattia o Infortunio**, senza applicazione della **Carenza**.

Le cure odontoiatriche sono suddivise in diversi Livelli di Protezione:

- **Visita e Prevenzione**: la **Compagnia** provvede al pagamento delle spese relative le prestazioni di prevenzione dentaria che dovranno essere effettuate in un'unica soluzione e nei limiti indicati nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (articolo 7.1).
- **Cure dentarie**: la **Compagnia** provvede al pagamento delle spese relative alle cure dentarie di 1° Livello entro i limiti indicati per ogni prestazione nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (articolo 7.1). Si precisa che, alcune prestazioni devono essere comprovate da RX o altre certificazioni come indicato alla voce "Vincoli tecnici".

La **Compagnia** garantisce all'**Assicurato** le prestazioni di "Visita e Prevenzione" nonché Cure di 1° Livello sia presso **Strutture Convenzionate**, attivando preventivamente il **Pagamento diretto** sia presso **Strutture non Convenzionate**.

Le prestazioni usufruite presso le **Strutture Convenzionate** attivando il **Regime Convenzionato - Pagamento diretto** sono a totale carico della **Compagnia**.

Nel caso in cui l'**Assicurato** optasse per le **Strutture non convenzionate (a rimborso)**, l'importo massimo riconosciuto dalla **Compagnia** non potrà essere superiore all'importo presente nella colonna "Tariffa" della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (articolo 7.1).

Nel caso di utilizzo del **SSN** è previsto il **Rimborso** al 100% del ticket, fermo i limiti indicati nella colonna "Tariffa" della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (articolo 7.1).

7.1 Tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate”

I limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per persona e per **Anno Assicurativo**.

Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Visita e prevenzione			
Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	sempre gratuita in rete (non prevista in caso di Strutture non Convenzionate - a rimborso)		
Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curetaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale	€ 55,00	1 ogni 12 mesi in un'unica soluzione	
Ionofluorizzazione: Applicazioni topiche oligoelementi	€ 20,00		
Cure 1° Livello			
Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	sempre gratuita in rete (non prevista in caso di Strutture non Convenzionate)		
Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	€ 22,00		Se necessaria per prestazioni coperte in Polizza
Radiografia: Endorale per due elementi vicini	€ 22,00	2 ogni 12 mesi	Se non già compresa nella prestazione
Radiografia: per ogni radiogramma endorale aggiuntiva	€ 17,00		

Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Otturazione per carie semplice	€ 40,00		
Otturazione per carie profonde - Cavità di II Classe Black 2 pareti	€ 70,00		
Otturazione per carie profonde - Cavità di III Classe	€ 70,00	2 ogni 12 mesi	
Otturazione per carie profonde - Cavità di IV Classe	€ 85,00		
Otturazione per carie complesse	€ 85,00		
Estrazione semplice di dente o radice	€ 30,00	2 ogni 12 mesi	
Estrazione complicata di dente o radice	€ 45,00		
Estrazione in inclusione ossea parziale	€ 85,00	1 ogni 12 mese	Comprovata da RX
Estrazione in inclusione ossea totale	€ 151,00		
Devitalizzazione Monocanalare (compresa anestesia): Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per un canale	€ 70,00	1 ogni 12 mesi	
Devitalizzazione Bicanalare (compresa anestesia): Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per due canali	€ 110,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
Devitalizzazione Tricanalare (compresa anestesia): Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per tre canali	€ 160,00	1 ogni 12 mesi	
Devitalizzazioni: Medicazioni canalari e sedute per apecificazione	€ 35,00	Se necessaria per prestazioni coperte in Polizza	
Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica	€ 40,00	1 ogni 12 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio

8 Esclusioni

8.1 Esclusioni valide per le linee obbligatorie e per le garanzie facoltative “Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici”, “Diaria da Ricovero e Convalescenza”

L’Assicurazione non è operante per:

- a) gli stati invalidanti, gli **Infortuni** e le **Malattie** in genere già conosciuti, diagnosticati o che abbiano dato origine a cure, esami, anteriormente alla **Data di Decorrenza** della **Polizza** e relative complicanze, conseguenze dirette o indirette;
- b) le prestazioni non corredate dall’indicazione del quesito diagnostico accertato o sospetto a meno che non rientrino nella garanzia “Check Up”, nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
- c) le spese per amniocentesi o villocentesi se non vi è la presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante sotto i 35 anni di età;
- d) le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni effettuate e fatturate successivamente al termine dell’efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a **Malattie** diagnosticate e **Infortuni** occorsi durante la validità della **Polizza** e denunciate durante il periodo di validità della stessa;
- e) le degenze dovute alla necessità dell’**Assicurato**, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- f) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (ad esempio: visita ginecologica, visita oculistica) a meno che non rientrano nella garanzia “Check-Up”, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
- g) le spese relative a prestazioni di agopuntura, logopedia, **Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi** (salvo se previste dalla linea prescelta);
- h) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- i) le prestazioni non effettuate da **Istituti di Cura**, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
- j) i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di **Medicina Alternativa o complementare** o non convenzionale e sperimentale;
- k) qualsiasi **Malattia** che sia correlata direttamente o indirettamente all’HIV, nonché le malattie sessualmente trasmesse;
- l) gli **Infortuni**, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all’uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- m) gli **Infortuni** sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- n) le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall’**Assicurato** per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- o) gli **Infortuni** derivanti dalla pratica di **Sport Professionistici**, nonché da gare professionalistiche e relative prove ed allenamenti;
- p) gli **Infortuni** derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroschi, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l’utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), rafting, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (freeclimbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, sport comportanti l’uso di veicoli e natanti a motore, mountain bike e “downhill” nonché da gare professionalistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti;
- q) gli **Infortuni** occorsi durante la manipolazione di materiale pirotecnico e uso o produzione di esplosivi anche come attività non professionale;

- r) gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- s) le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
- t) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
- u) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- v) applicazioni di carattere estetico, trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati:
- a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di **Polizza**;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di **Polizza** per neoplasia maligna;
- w) i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di **Malattie Mentali** ricompresse nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
- x) l'interruzione volontaria della gravidanza salvo **Aborto Terapeutico**;
- y) le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche;
- z) le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di **Difetti Fisici o Malformazioni Congenite** preesistenti alla **Data di Decorrenza** della **Polizza**, nonché le patologie ad esse correlate (salvo quanto normato alla garanzia Neonato inclusa nella linea obbligatoria "Interventi e Ricoveri");
- aa) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
- bb) i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40).
- cc) le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Ricovero con **Intervento Chirurgico e Day Surgery**;
- dd) i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da **Malattia e Infortunio**;
- ee) le lenti ed occhiali;
- ff) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check up clinici (**Ricoveri Impropri**);
- gg) le spese sostenute a fronte di espianto da donatore, sia da parte dell'**Assicurato** che da parte di terzi in caso di trapianti, fatta eccezione per la Linea Grandi Interventi per la quale non si applica l'esclusione;
- hh) le prestazioni non specificate nelle singole garanzie.

8.2 Esclusioni valide per la sola garanzia facoltativa "Prevenzione e Cure Dentarie"

L'**Assicurazione** non è operante per:

- a) tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della **Data di Decorrenza**;
- b) le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della **Polizza**, per qualsiasi motivo, anche se la **Malattia** si è manifestata e l'**Infortunio** è avvenuto durante il periodo di validità dell'**Assicurazione**;
- c) tutte le prestazioni non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (articolo 7.1);
- d) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale;
- e) trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia;
- f) le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni odontoiatriche;
- g) gli **Infortuni** derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo

di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), rafting, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (freeclimbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, sport comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore, mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;

h) le spese sostenute in conseguenza di **Malattie Mentali** ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;

i) le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;

j) le estrazioni di denti decidui (da latte);

k) le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti e parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che removibile.

l) i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca;

m) gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose;

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

o) le conseguenze dirette e indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dell'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;

p) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'**Assicurato** abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;

q) le cure ed interventi relativi a infezioni da HIV e sindromi correlate con o senza AIDS;

r) controlli di routine e/o prevenzione, salvo quanto previsto dalle prestazioni indicate al punto 7.1 tabella prestazioni odontoiatriche assicurate, sezione visite e prevenzione;

s) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;

t) gli Infortuni derivanti dalla pratica di **Sport Professionistici**, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;

9 Sezione Assistenza

PREMESSA

La **Compagnia** fornisce le **Prestazioni di Assistenza** tramite:

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Roma Via Carlo Pesenti, 121 – 00156 Roma.

In caso di **Sinistro** l'**Assicurato** deve rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla **Centrale Operativa** che provvede a fornire le **Prestazioni**.

La **Centrale Operativa** è a disposizione **dal lunedì alla domenica - 24h su 24h** - ai seguenti recapiti:

Inter Partner Assistenza S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia

Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma

Numero verde 800 088 292 (numero verde dall'Italia) Tel. +39 0287310199 (dall'estero)

9.1 Sezione Assistenza

Le coperture presenti in questa sezione sono sempre attive all'interno di ognuno dei Moduli Obbligatori.

In forza di una specifica convenzione stipulata tra la **Compagnia** e Inter Partner Assistance S.A., in caso di **Sinistro**, sono garantite all'**Assicurato** le **Prestazioni** dei Servizi di Assistenza indicate in seguito.

- a) **Prestazioni** Assistenza Italia
- b) **Prestazioni** Assistenza Estero
- c) **Prestazioni** Assistenza di Teleconsultazione e Videoconsulto

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole **Prestazioni**, la copertura opera:

- a) Mediante contatto telefonico con la **Centrale Operativa**, disponibile 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno;
- b) Con un limite di 3 **Sinistri**, durante ciascun anno di validità della copertura.

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, se non fosse possibile rispondere immediatamente, l'**Assicurato** sarà richiamato entro le successive 48 ore.

La **Centrale Operativa** non assume responsabilità per danni:

- causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza;
- conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

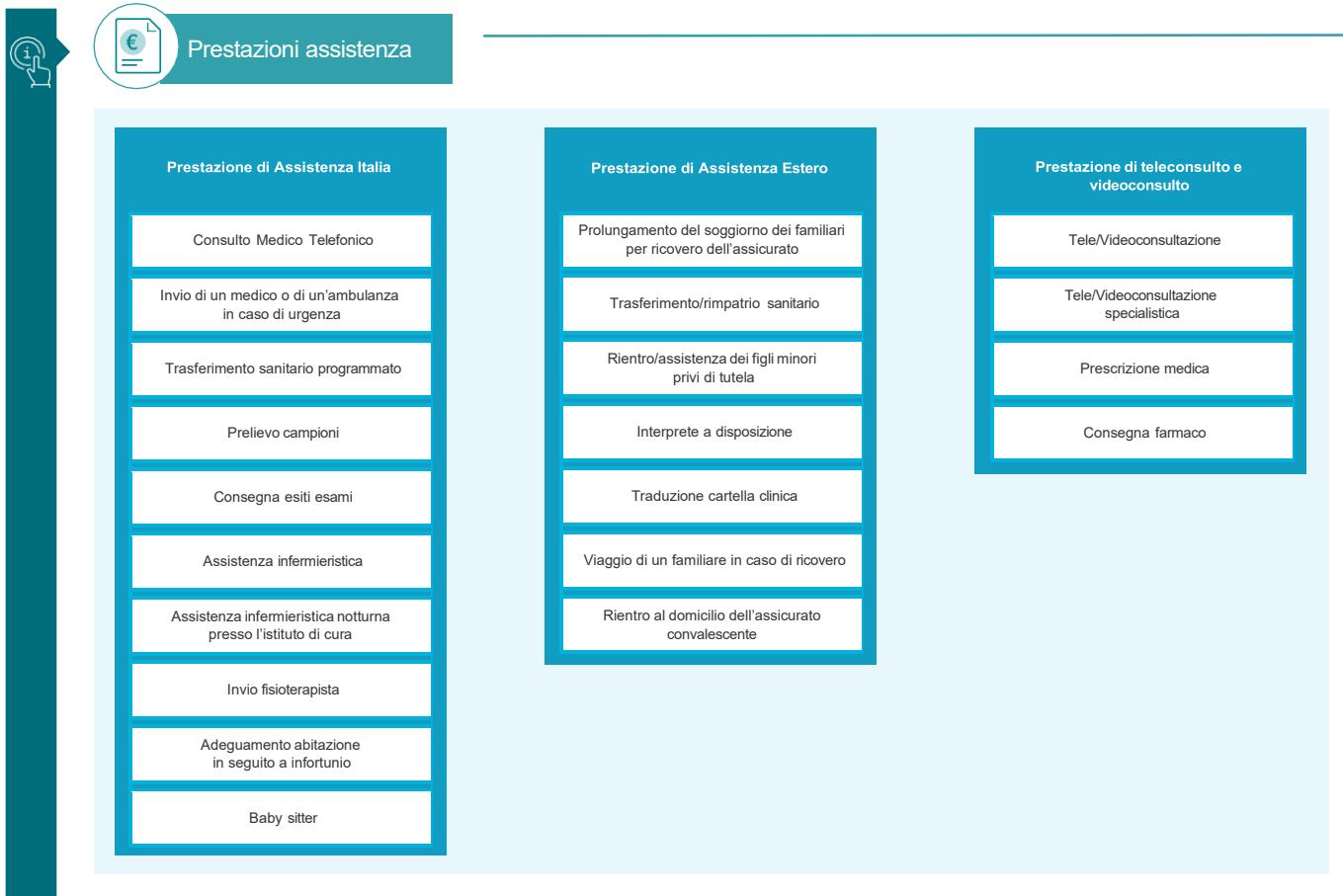
L'**Assicurato** libera i medici, che lo hanno visitato o curato, dal segreto professionale nei confronti della **Centrale Operativa** per i **Sinistri** relativi alla garanzia **Assistenza**.

Se l'**Assicurato** non usufruisce di una o più prestazioni, la **Compagnia** non è tenuta a fornire Indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Le eccedenze ai massimali e gli anticipi di denaro previsti nelle singole prestazioni verranno concessi solo se l'**Assicurato**, anche tramite persona da lui indicata, fornisce alla **Centrale Operativa** garanzie adeguate per la restituzione di ogni somma anticipata.

L'**Assicurato** deve rimborsare la somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso.

Trascorsi i 30 giorni dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, anche l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.



9.2 Prestazioni di Assistenza Italia

9.2.1 Consulto medico telefonico

La **Centrale Operativa**, attiva 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'**Assicurato** per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a **Infortunio** o **Malattia Improvvisa**. Il servizio medico della **Centrale Operativa**, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'**Assicurato** o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
 - reperimento dei mezzi di soccorso;
 - reperimento di medici generici e specialisti;
 - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
 - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
 - esistenza e reperibilità di farmaci.

La **Centrale Operativa** non fornirà diagnosi, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'**Assicurato** in condizione di ottenere quanto necessario.

9.2.2 Envio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della **Centrale Operativa** giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'**Assicurato**, la **Centrale Operativa** invierà un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della **Compagnia**.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la **Centrale Operativa** organizzerà il trasferimento

in ambulanza dell'**Assicurato** presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza la **Centrale Operativa** non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

9.2.3 Trasferimento sanitario programmato

Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della **Centrale Operativa** e d'intesa con il medico curante dell'**Assicurato**, la **Centrale Operativa** è a disposizione per organizzare il trasporto dell'**Assicurato** con il mezzo ritenuto più idoneo qualora, a seguito di **Infortunio o Malattia**, sia necessario:

- il suo trasferimento presso l'**Istituto di Cura** dove deve essere ricoverato;
- il suo trasferimento dall'**Istituto di Cura** presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;
- il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione.

La **Centrale Operativa** organizzerà il trasferimento dell'**Assicurato** con costi a carico della **Compagnia** e con i mezzi ritenuti più idonei a suo insindacabile giudizio, mediante:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto.

In base alle condizioni di salute dell'**Assicurato**, la **Centrale Operativa** provvederà a fornire la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della **Centrale Operativa** possono essere curate sul posto;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichia violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'**Assicurato** o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate;
- tutte le spese sostenute per malattie preesistenti.

La prestazione viene fornita per un massimo di 3 trasferimenti nell'ambito dello stesso **Sinistro**

9.2.4 Prelievo campioni

Qualora l'**Assicurato** versi in una condizione di temporanea inabilità e necessiti di effettuare con urgenza un esame ematochimico, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla **Centrale Operativa** di organizzare il prelievo presso il proprio domicilio.

La prestazione è fornita con un preavviso di 48 ore.

La **Compagnia** terrà a proprio carico i costi relativi al prelievo, mentre restano a carico dell'**Assicurato** i costi degli esami e degli **Accertamenti Diagnostici** effettuati presso i laboratori di analisi convenzionati con la **Centrale Operativa**.

9.2.5 Consegnna esiti esami

Qualora l'**Assicurato** versi in una condizione di temporanea inabilità e necessiti di ritirare con urgenza i referti di accertamenti diagnostici effettuati, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla **Centrale Operativa** di recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.

La **Centrale Operativa** provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio dell'**Assicurato**, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.

La prestazione è fornita con un preavviso di 48 ore.

La **Compagnia** terrà a proprio carico il costo della consegna degli esiti, mentre il costo degli esami resta a carico dell'**Assicurato**.

9.2.6 Assistenza infermieristica

Qualora l'**Assicurato** necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), potrà richiedere alla **Centrale Operativa** il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'**Assicurato** al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di minimo 48 ore.

La **Compagnia** terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per **Sinistro** e 2 (due) ore per giorno.

9.2.7 Assistenza infermieristica notturna presso l'istituto di cura

Qualora a seguito di ricovero e sulla base di una dichiarazione del medico ospedaliero, l'**Assicurato** necessiti di ricevere assistenza continua notturna (o diurna) e non vi siano familiari disponibili ad assisterlo, potrà richiedere alla **Centrale Operativa** il reperimento e l'invio di personale convenzionato specializzato (infermieristico o socio-assistenziale).

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'**Assicurato** al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 24 ore.

La **Compagnia** terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) notti per **Sinistro** e per un massimo di 8 (otto) ore per notte non frazionabili.

9.2.8 Invio fisioterapista

Qualora l'**Assicurato** necessiti, nei 60 (sessanta) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, di essere assistito presso il proprio domicilio da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, potrà richiedere alla **Centrale Operativa** il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'**Assicurato** al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 48 ore.

La **Compagnia** terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 10 (dieci) giorni per **Sinistro** e 1 (uno) ora per giorno.

9.2.9 Adeguamento abitazione in seguito a infortunio

Qualora l'**Assicurato** nei 30 (trenta) giorni successivi le dimissioni dall'**Istituto di Cura** presso cui ha effettuato l'intervento chirurgico versi in una condizione di inabilità comprovata da certificazione del medico potrà richiedere alla **Centrale Operativa** l'invio di personale specializzato ai fini dell'abbattimento o rimozione temporanea delle barriere architettoniche presso la propria abitazione o spazi di pertinenza.

Tali modifiche saranno limitate a quelle utili a rendere agevole la vita quotidiana dell'**Assicurato** presso la propria abitazione o spazi pertinenti. A titolo esemplificativo e non esaustivo:

- L'accesso all'immobile o alla singola unità immobiliare come rampa di accesso, servoscala, piattaforma elevatrice, adeguamento porte di ingresso, adeguamento percorsi condominiali orizzontali;
- La possibilità di accesso al servizio igienico o agli spazi di relazione (alla cucina, al bagno) adeguamenti percorsi orizzontali o verticali;

Sono escluse tutte le modifiche riguardanti la ristrutturazione dell'abitazione o degli spazi pertinenti ai fini estetici o di ammodernamento.

La **Compagnia** prenderà in carico i costi del personale incaricato sia del sopralluogo, sia dei lavori necessari (compresi i materiali) entro il limite di euro 1.500 per sinistro per anno.

E' consentito 1 solo **Sinistro per Anno Assicurativo**.

La prestazione sarà garantita dalla **Centrale Operativa** con un preavviso della stessa di minimo 7 (sette) giorni necessari alla ricerca del fornitore più vicino alla zona di residenza o di domicilio dell'**Assicurato**.

Si precisa che le modifiche potranno essere effettuate:

- Previo sopralluogo da parte di soggetti incaricati dalla **Compagnia**;
- Nel rispetto delle normative vigenti e delle regole condominiali, nonché previa raccolta del consenso scritto dell'assemblea condominiale.

Si specifica inoltre che a seguito del sopralluogo effettuato dal personale incaricato dalla **Compagnia**, lo stesso dia parere negativo circa la fattibilità/attuabilità degli interventi / modifiche richieste, la **Compagnia** non potrà essere ritenuta responsabile della mancata esecuzione dei lavori.

9.2.10 Baby Sitter

Qualora l'**Assicurato**, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'**Istituto di Cura** presso cui era ricoverato, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, dei propri figli minori di anni 12 e non vi sia nessun altro familiare in grado di provvedervi, potrà richiedere alla **Centrale Operativa** di reperire ed inviare presso la propria abitazione una baby sitter per un massimo di 5 giorni per 3 ore al giorno.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

9.3 Prestazioni di Assistenza Estero

Le prestazioni di seguito descritte (da n. 9.3.1 a n. 9.3.7 sono erogate in caso di **Malattia Improvvisa** o **Infortunio** dell'**Assicurato** all'estero o anche in Italia purché l'evento si verifichi fuori dal proprio territorio di residenza ad una distanza minima di circa 300Km., escludendo qualsiasi tipo di ricovero programmato.

9.3.1 Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato

Qualora l'**Assicurato** venga ricoverato per malattia o infortunio improvvisi per un periodo superiore ai 3 (tre) giorni, la **Compagnia** provvederà alle spese per il pernottamento in albergo dei suoi familiari che volessero restare vicino all'**Assicurato** entro il limite di euro 80,00 per notte e per persona, entro il limite massimo di euro 500,00 per **Sinistro**, purché il prolungamento riguardi un periodo successivo alla data di rientro inizialmente prevista.

A tal fine la **Compagnia** avrà la facoltà di richiedere documentazione attestante la durata del soggiorno inizialmente stabilita.

La prestazione si intende limitata alle sole spese di pernottamento e prima colazione, escludendo ogni spesa diversa da queste.

9.3.2 Trasferimento/Rimpatrio sanitario

Qualora il servizio medico della **Centrale Operativa** consigli, a seguito di **Infortunio** o **Malattia Improvvisa** dell'**Assicurato**, il trasporto sanitario dello stesso, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante sul posto, la **Centrale Operativa** organizzerà:

- il trasferimento sanitario presso una struttura sanitaria adeguata più vicina;
- il rimpatrio sanitario nel paese di origine se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;
- la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Il trasporto sanitario sarà effettuato con i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della **Centrale Operativa**:

- aereo sanitario (entro il limite di euro 30.000,00 per sinistro);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio del servizio medico della **Centrale Operativa**, possono essere curate sul posto;
- le infermità o lesioni che non precludano all'**Assicurato** la continuazione del viaggio o del soggiorno;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichia violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'**Assicurato** o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate;
- tutte le spese sostenute per malattie preesistenti.

La **Compagnia** avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'**Assicurato**.

9.3.3 Rientro/Assistenza dei figli minori privi di tutela

Qualora l'**Assicurato**, in viaggio con figli minorenni, sia impossibilitato a prendersi cura degli stessi a seguito di ricovero o decesso e non vi sia nessun altro in grado di farlo, la **Centrale Operativa** fornirà ad un familiare, residente nel paese di origine, un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere allo stesso di raggiungere i minori e riportarli al paese di origine.

Sono escluse le spese di soggiorno del familiare e tutte le spese diverse dai biglietti di viaggio.

La prestazione non è fornita qualora l'**Assicurato** abbia già richiesto il "Viaggio di un familiare in caso di ricovero".

9.3.4 Interprete a disposizione

Qualora l'**Assicurato** venga ricoverato in un **Istituto di Cura** all'Esterò a seguito di **Infortunio o Malattia Improvvisa** e abbia difficoltà linguistiche a comunicare con i medici, la **Centrale Operativa** provvederà ad inviare un interprete sul posto entro le successive 48 (quarantotto) ore.

La **Compagnia** terrà a carico i costi dell'interprete per un massimo di 4 (quattro) ore lavorative per sinistro.

Qualora non sia possibile organizzare l'invio dell'interprete, la **Centrale Operativa** rimborserà, a seguito di presentazione dei relativi giustificativi di spesa, i costi sostenuti entro il limite di euro 500,00 per **Sinistro** e per **Anno Assicurativo**.

9.3.5 Traduzione cartella clinica

Qualora l'**Assicurato** necessiti della traduzione della propria cartella clinica rilasciata a seguito di un ricovero all'Esterò organizzato dalla **Centrale Operativa**, potrà richiederne la traduzione in italiano dall'inglese, francese, spagnolo e tedesco.

9.3.6 Viaggio di un familiare in caso di ricovero

Qualora l'**Assicurato**, in viaggio da solo o con minore, venga ricoverato con una prognosi di degenza superiore a 3 (tre) giorni, la **Centrale Operativa** fornirà un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere ad un familiare, che si trovi in Italia, di raggiungere l'**Assicurato** ricoverato.

Sono incluse le spese di albergo (pernottamento e prima colazione) del familiare per un massimo 5 notti con il limite di € 500,00 per **Sinistro**.

9.3.7 Rientro al domicilio dell'Assicurato convalescente

Qualora l'**Assicurato** in seguito alle dimissioni di ricovero non fosse obiettivamente in grado di rientrare alla propria **Residenza** con il mezzo inizialmente previsto, la **Compagnia** organizza e prende a proprio carico le spese di rientro.

9.4 Prestazioni di Teleconsulto e Videoconsulto

Il servizio “Video Consulto” è un servizio semplice e innovativo, complementare all’assistenza sanitaria di base dell’**Assicurato**.

È accessibile 24 ore su 24, tutti i giorni dell’anno, tramite chiamata telefonica o video chiamata attraverso una linea dedicata.

È disponibile a domicilio, in ufficio, in trasferta per motivi di lavoro o in vacanza.

9.4.1 Tele/Video consultazione

Qualora l’**Assicurato** abbia bisogno di organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a **Infortunio** o **Malattia Improvvisa**, la **Centrale Operativa** trasferirà la chiamata al proprio servizio medico che valuterà, con il consenso dell’**Assicurato**, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata, il tutto protetto dal segreto medico.

La Tele/video consultazione è disponibile anche dall’Estero.

9.4.2 Tele/Video consultazione specialistica

Qualora l’**Assicurato** abbia bisogno di organizzare un consulto medico specialistico telefonico in caso di urgenza conseguente a **Infortunio** o **Malattia Improvvisa**, la **Centrale Operativa** trasferirà la chiamata alla propria équipe medica che valuterà, con il consenso dell’**Assicurato**, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata. La Tele/video consultazione specialistica è limitata a 3 prestazioni per **Anno Assicurativo**.

L’équipe medica è composta da:

- cardiologo
- ortopedico
- ginecologo
- neurologo

La “Tele/video consultazione medica e specialistica” è disponibile anche dall’estero.

9.4.3 Prescrizione medica

Successivamente alla Tele/video consultazione la **Centrale Operativa**, qualora il medico a suo insindacabile giudizio ritenga necessaria la prescrizione di un farmaco, potrà trasmettere una ricetta medica bianca all’**Assicurato** o presso la farmacia più vicina al luogo in cui trova l’**Assicurato** in Italia, in modo che quest’ultimo o un suo delegato possano acquistare il medicinale prescritto.

La Prescrizione medica in seguito alla Tele/video consultazione è disponibile solo in Italia.

9.4.4 Consegnna farmaco

Qualora l’**Assicurato** versi in condizioni di temporanea inabilità, potrà chiedere alla **Centrale Operativa** di effettuare la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il proprio domicilio (o al luogo in Italia dove questi risiede temporaneamente). La **Centrale Operativa** provvederà, rispettando le norme che regolano l’acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il luogo in cui si trova l’**Assicurato** il denaro, la prescrizione e l’eventuale delega necessari all’acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti nel più breve tempo possibile e comunque entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

La **Compagnia** terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell’Assicurato.

La Consegnna del farmaco è disponibile solo in Italia.

9.5 Massimali

La copertura opera entro i limiti, espressi in numero, tempo e importi, previsti per ciascuna categoria di **Prestazioni** riportate nella tabella seguente.

Copertura	Limiti
Trasferimento sanitario programmato	3 trasferimenti per sinistro
Assistenza infermieristica	5 giorni per Sinistro e 2 ore al giorno
Assistenza infermieristica notturna presso l'istituto di cura	5 notti per Sinistro e 8 ore a notte
Invio fisioterapista	10 giorni per Sinistro e 1 ora al giorno
Adeguamento abitazione:	€ 1.500,00 per Sinistro e per anno, 1 Sinistro per Anno Assicurativo
Baby Sitter	5 giorni per Sinistro e 3 ore al giorno
Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato	€ 80,00 per notte e per persona, entro il limite massimo di € 500,00
Rientro sanitario: rientro con aereo sanitario	€ 30.000,00 per Sinistro
Interprete a disposizione	4 ore, entro il limite del € 500,00 per Sinistro
Viaggio di un familiare in caso di ricovero	5 notti con il limite del € 500,00 per Sinistro
Tele/video consultazione specialistica	3 prestazioni per Anno Assicurativo

9.6 Pacchetto assistenza opzionale “Benessere”

Le coperture previste da questo pacchetto sono valide solo se lo stesso è espressamente richiamato nel **Modulo di Polizza**.

9.6.1 Video consulto specialistico – Ortopedico

Qualora l'**Assicurato** abbia bisogno di organizzare un consulto medico specialistico ortopedico telefonico in caso di urgenza conseguente a **Infortunio** o **Malattia Improvvisa**, la **Centrale Operativa** trasferirà la chiamata alla propria équipe medica che valuterà, con il consenso dell'**Assicurato**, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata. Il Tele/video consulto specialistico è limitato a 3 prestazioni per **Anno Assicurativo**.

9.6.2 Trasferimento per cure riabilitative / fisioterapiche

Qualora l'**Assicurato** versi in una condizione di inabilità temporanea a seguito di una **Malattia** o **Infortunio**, comprovata da certificazione del medico curante o dalle diagnosi di dimissione dall'**Istituto di Cura** presso il quale era ricoverato, chiamando la **Centrale Operativa** potrà attivare un servizio di accompagnamento (Trasferimento) nei 15 giorni successivi alle dimissioni o dalla data del certificato medico per raggiungere il luogo di cura o istituto

fisioterapico per le cure riabilitative prescritte. Il servizio verrà erogato entro il limite di 6 trasferimenti entro il limite massimo di € 30,00 per il servizio da e per il luogo di cura.

9.6.3 Reperimento di presidi medico-chirurgici

Qualora l'**Assicurato**, nel caso in cui, al momento della dimissione dal luogo di cura ove è stato ricoverato, venisse prescritta allo stesso da parte dei medici che lo hanno avuto in cura, uno dei seguenti presidi medico-chirurgici:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- materasso antidecubito;

la **Centrale Operativa** provvederà a reperirlo in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'**Assicurato** sino ad un massimo di 60 giorni per sinistro.

Se per cause indipendenti alla volontà della **Centrale Operativa**, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali presidi, la **Compagnia** provvederà a rimborsare le spese relative al noleggio dei presidi stessi, fino alla concorrenza di euro 250,00 per **Sinistro**.

Il massimale sopracitato si intende comprensivo delle eventuali spese di consegna e ritiro presso il domicilio dell'**Assicurato**.

9.6.4 Consulenza nutrizionale

Qualora, a seguito di diagnosi certificata all'**Assicurato** di patologia o condizione che richieda una modifica o una verifica della dieta dell'**Assicurato** (es. diabete, iper/ipotiroidismo, celiachia, gravidanza, ecc.), l'**Assicurato** potrà, chiamando la **Centrale Operativa**, essere messo in contatto telefonicamente con uno specialista, al massimo entro 2 giorni successivi alla richiesta d'intervento.

La prestazione, intesa come primo contatto e follow up, è prevista per un massimo di due consulenze per **Anno Assicurativo**.

9.6.5 Invio di un insegnante per supporto scolastico

Qualora l'**Assicurato**, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'**Istituto di Cura** presso cui era ricoverato, non sia in grado, sulla base di certificazione medica, di fornire sostegno ai propri figli per i compiti scolastici (limitatamente alla scuola dell'obbligo) e non vi sia alcun familiare in grado di provvedervi, potrà richiedere alla **Centrale Operativa** di reperire ed inviare presso la propria abitazione un insegnante per un eventuale supporto scolastico.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La **Compagnia** terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 3 (tre) giorni per **Sinistro** e 4 (quattro) ore per giorno.

9.6.6 Supporto psicologico

Qualora, a seguito di evento traumatico, l'**Assicurato** dietro presentazione di certificazione medica, potrà ricorrere al supporto psicologico telefonico o presso lo studio del professionista, chiamando la **Centrale Operativa** che si attiverà con un preavviso massimo di 3 giorni per la ricerca e la prenotazione del consulto o della visita.

Il consulto telefonico psicologico o la consulenza diretta da parte di uno psicologo potrà essere richiesto per un massimo di 3 volte nell'arco di tutta la convalescenza.

E' indennizzata 1 convalescenza per **Anno Assicurativo**.

9.6.7 Consulenza Personal Trainer

A seguito di un evento traumatico o malattia di gravità tale che ha richiesto all'**Assicurato** un periodo di immobilità o di convalescenza, comprovata da certificazione medica, la **Centrale Operativa** offre nel periodo successivo alla convalescenza due consulti telefonici con un personal trainer, figura professionale specializzata nell'impostare un

programma personalizzato di ripresa dell'attività fisica consentendo così all'**Assicurato** un allenamento in tutta sicurezza per il ritorno ad una forma fisica ottimale.

La **Centrale Operativa** su richiesta dell'**Assicurato** potrà organizzare il consulto da lunedì a venerdì, dalle ore 9.00 alle 19.00.

9.6.8 Massimali

La copertura opera entro i limiti, espressi in numero, tempo e importi, previsti per ciascuna categoria di **Prestazioni** riportate nella tabella seguente. 9.6 Pacchetto assistenza opzionale “Benessere”

Copertura	Limiti
Teleconsultazione specialistica	3 prestazioni per Anno Assicurativo
Trasferimento per cure riabilitative / fisioterapiche	6 trasferimenti entro il limite massimo di € 30,00 per il servizio da e per il luogo di cura
Reperimento di presidi medico-chirurgici (caso rimborso spese)	€ 250,00 per Sinistro
Consulenza nutrizionale	2 consulenze per Anno Assicurativo
Invio di un insegnante per supporto scolastico	3 giorni per sinistro 4 ore per giorno
Supporto psicologico	3 volte nella durata della convalescenza, 1 convalescenza per Anno Assicurativo
Consulenza Personal Trainer	nel periodo successivo alla convalescenza, 2 consulenze per Periodo di Assicurazione

9.7 Pacchetto assistenza opzionale “Mamma&Papà”

Le coperture previste da questo pacchetto sono valide solo se lo stesso è espressamente richiamato nel **Modulo di Polizza**.

9.7.1 Video consulto specialistico – Pediatra

Qualora l'**Assicurato** abbia bisogno di organizzare un consulto medico specialistico Pediatrico telefonico in caso di urgenza conseguente a **Infortunio o Malattia Improvvisa**, la **Centrale Operativa** trasferirà la chiamata alla propria équipe medica che valuterà, con il consenso dell'**Assicurato**, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata. Il tele/video consulto specialistico è limitato a 3 prestazioni per **Anno Assicurativo**.

9.7.2 Invio ostetrica al domicilio

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della **Centrale Operativa** giudichi una visita medica di un'ostetrica presso il domicilio dell'**Assicurato**, la **Centrale Operativa** invierà un'ostetrica convenzionata sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della **Compagnia** entro il limite di 2 visite per **Anno Assicurativo**.

9.7.3 Invio di un ginecologo al domicilio

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della **Centrale Operativa** giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica ginecologica dell'**Assicurata** presso il domicilio di quest'ultima, la **Centrale Operativa** invierà un medico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della **Compagnia** entro il limite di 2 visite per **Anno Assicurativo**.

9.7.4 Invio di un pediatra al domicilio

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della **Centrale Operativa** giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica pediatrica del figlio minore dell'**Assicurato** presso il domicilio di quest'ultimo, la **Centrale Operativa** invierà un medico pediatra convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della **Compagnia** entro il limite di 2 visite per **Anno Assicurativo**.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la **Compagnia** organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'**Assicurato** presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico. Resta inteso che in caso di emergenza la **Centrale Operativa** non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

9.7.5 Invio puericultrice al domicilio

A seguito di problematiche emerse nel corso della gravidanza per una condizione di "gravidanza a rischio" certificata dal medico curante, l'**Assicurata** potrà richiedere nel corso dei 15 giorni successivi alla nascita, il supporto di una puericultrice presso il proprio domicilio per un supporto "diurno" nell'affrontare le prime cure al neonato ed acquisire le conoscenze per una successiva autonomia nella cura del bimbo.

La **Centrale Operativa** si attiverà con un preavviso di almeno 3 giorni per la ricerca e l'invio del servizio di assistenza domiciliare ai genitori e al neonato presso il domicilio dell'**Assicurato**.

La prestazione viene fornita con costi a carico della **Compagnia** entro il limite di 3 incontri entro il primo mese di vita del neonato.

9.7.6 Invio Doula al domicilio

A seguito di problematiche emerse nel corso della gravidanza per una condizione di "gravidanza a rischio", certificata dal medico curante, l'**Assicurata** potrà richiedere nel trimestre precedente alla data presunta del parto o successivamente alle dimissioni, nei 30 giorni successivi alla nascita, il supporto della Doula, una figura assistenziale non medica, di supporto ai genitori, per la gestione delle problematiche quotidiane legate alle necessità dell'**Assicurata** e del piccolo.

La Doula presterà la propria consulenza familiare in orario "diurno" nella fase pre-parto e fungerà da connettore per tutte le necessità anche in ambito sanitario e aiuterà i genitori successivamente alla nascita nell'approccio con il loro figlio/i. La **Centrale Operativa** si attiverà con un preavviso di almeno 5 giorni per la ricerca e l'invio del servizio di assistenza domiciliare ai genitori e al neonato presso il domicilio dell'**Assicurato**.

La prestazione viene fornita con costi a carico della **Compagnia**, con un limite di 10 ore nel corso degli ultimi 90 giorni prima della data presunta di parto e nel primo mese dalla nascita del bambino.

9.7.7 Supporto psicologico

Qualora, a seguito di interruzione di gravidanza, o gravidanza a rischio o problematiche legate alla salute del bimbo accertate nel corso dei controlli medici pre-parto o post-parto, l'**Assicurata** dietro presentazione di certificazione medica, potrà ricorrere al supporto psicologico telefonico o presso lo studio del professionista o presso il proprio domicilio se impossibilitata agli spostamenti, chiamando la **Centrale Operativa** che si attiverà con un preavviso massimo di 3 giorni per la ricerca e la prenotazione del consulto o della visita. Il consulto telefonico psicologico o la consulenza diretta da parte di uno psicologo potrà essere richiesto per un massimo di 3 volte nell'arco di tutta la gravidanza o durante il primo anno di vita del bambino.

9.7.8 Massimali

La copertura opera entro i limiti, espressi in numero, tempo e importi, previsti per ciascuna categoria di **Prestazioni** riportate nella tabella seguente.

Copertura	Limiti
tele/video consultazione specialistica	3 prestazioni per Anno Assicurativo
Invio ostetrica al domicilio	2 visite per Anno Assicurativo
Invio di un ginecologo al domicilio	2 visite per Anno Assicurativo
Invio di un pediatra al domicilio	2 visite per Anno Assicurativo
Invio puericultrice al domicilio	3 incontri entro il primo mese di vita del neonato
Invio doula al domicilio	10 ore nel corso degli ultimi 90 giorni prima della data presunta di parto e il primo mese dalla nascita del bambino
Supporto psicologico	3 volte per la durata della gravidanza o durante il primo anno di vita del bambino

9.8 Pacchetto assistenza opzionale “Senior”

Le coperture previste da questo pacchetto sono valide solo se lo stesso è espressamente richiamato nel **Modulo di Polizza**.

9.8.1 Promemoria della terapia post ricovero

Qualora l'**Assicurato**, a seguito di ricovero ospedaliero per **Malattia o Infortunio**, abbia bisogno di supporto post ricovero, potrà richiedere l'attivazione della prestazione “Promemoria della terapia post ricovero”. In questo caso, l'**Assicurato** contatterà la **Centrale Operativa** ed invierà la documentazione medica e la prescrizione della terapia farmacologica, nelle modalità concordate con l'operatore.

Di seguito verrà attivato il servizio che consiste nell'invio all'**Assicurato** del promemoria relativo ai farmaci, con le scadenze previste in base alla diagnosi e alla terapia prescritta.

Il servizio è valido per un massimo di 30 giorni per **Sinistro**.

9.8.2 Orientamento e supporto nelle visite di controllo post-ricovero

Qualora l'**Assicurato** ricerchi una struttura sanitaria presso la quale richiedere l'effettuazione di una visita di controllo post-ricovero, potrà contattare telefonicamente la **Centrale Operativa**, la quale proporrà una selezione di strutture, scelte tra quelle convenzionate e non convenzionate in base a criteri di idoneità al caso, di vicinanza al domicilio dell'**Assicurato** e di tempestività nell'erogazione.

9.8.3 Invio ortopedico al domicilio

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, a seguito di un infortunio che abbia comportato o meno un ricovero, il servizio medico della **Centrale Operativa** giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica ortopedica presso il domicilio dell'**Assicurato**, la **Centrale Operativa** si attiverà per organizzare nell'arco di un tempo massimo di 3 giorni la visita con un medico convenzionato. Qualora non fosse possibile avere la disponibilità dello specialista, sarà cura della **Centrale Operativa** attivarsi per la prenotazione della visita presso lo studio dello specialista o in alternativa un consulto telefonico con lo specialista stesso.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società entro il limite di 2 visite per anno.

9.8.4 Invio geriatria al domicilio

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della **Centrale Operativa** giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica geriatrica presso il domicilio dell'**Assicurato**, la **Centrale Operativa** si attiverà per organizzare nell'arco di un tempo massimo di tre giorni la visita con un medico convenzionato. Qualora non fosse possibile avere la disponibilità dello specialista, sarà cura della **Centrale Operativa** attivarsi per la prenotazione presso lo studio dello specialista o in alternativa organizzare un consulto telefonico con lo specialista stesso.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società entro il limite di 2 visite per anno assicurativo.

9.8.5 Disbrigo delle quotidianità

Qualora l'**Assicurato** versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 15 (quindici) giorni successivi alla dimissione dall'**Istituto di Cura** presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla **Centrale Operativa** l'invio di personale di servizio per il disbrigo di piccole commissioni urgenti (es. rifacimento chiavi, rinnovo documenti, pagamento utenze in scadenza, incombenze amministrative, ecc.).

La **Centrale Operativa** invierà un suo corrispondente per il ritiro del denaro e di quanto necessario al disbrigo della commissione da svolgere nel minor tempo possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La **Compagnia** terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 3 (tre) volte per sinistro e 4 (quattro) ore per giorno.

9.8.6 Servizio di accompagnamento (trasferimento da e per centri di cura)

Qualora l'**Assicurato** versi in una condizione di inabilità temporanea a seguito di una **Malattia** o **Infortunio**, comprovata da certificazione del medico curante o dalle diagnosi di dimissione dall'**Istituto di Cura** presso il quale era ricoverato, chiamando la **Centrale Operativa** potrà attivare un servizio di accompagnamento (Trasferimento) nei 15 giorni successivi alle dimissioni o dalla data del certificato medico per raggiungere il luogo di cura o istituto fisioterapico per le cure riabilitative prescritte. Il servizio verrà erogato entro il limite di 6 trasferimenti entro il limite massimo di € 30,00 per servizio giornaliero.

9.8.7 Invio spesa a casa

Qualora l'**Assicurato** versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci quindici) giorni successivi alla dimissione dall'**Istituto di Cura** presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla **Centrale Operativa** di effettuare la consegna al proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità con il massimo di 2 (due) buste per Sinistro.

La **Centrale Operativa** invierà un suo corrispondente per il ritiro del denaro e della nota necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La **Compagnia** terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei generi alimentari resta a carico dell'**Assicurato**.

9.8.8 Invio dog sitter

Qualora l'**Assicurato**, nei 15 (quindici) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica dichiari di non essere in grado di occuparsi autonomamente del proprio cane, potrà richiedere alla **Centrale Operativa** di reperire ed inviare un dog sitter che presterà assistenza all'animale domestico.

La prestazione è fornita con un preavviso massimo di 3 (tre) giorni.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 2 ore al giorno per massimo 5 giorni per Sinistro.

9.8.9 Autista sostitutivo

Qualora l'**Assicurato** non sia, a giudizio del servizio medico della **Centrale Operativa**, in grado di condurre il veicolo in condizioni di sicurezza a seguito di **Infortunio** o **Malattia** improvvisa e nessuno degli eventuali passeggeri possa sostituirlo alla guida, la **Centrale Operativa** fornirà un autista sostitutivo per ricondurre il veicolo al domicilio dell'**Assicurato** o proseguire il viaggio, entro i confini nazionali, con il percorso più diretto.

La **Compagnia** terrà a suo carico esclusivamente le spese di spostamento e i costi dell'autista entro il limite di euro 300,00 per **Anno Assicurativo**.

9.8.10 Massimali

La copertura opera entro i limiti, espressi in numero, tempo e importi, previsti per ciascuna categoria di **Prestazioni** riportate nella tabella seguente.

Copertura	Limiti
Promemoria della terapia post ricovero	30 giorni per Sinistro
Invio ortopedico al domicilio	2 visite per Anno Assicurativo
Invio geriatra al domicilio	2 visite per Anno Assicurativo
Disbrigo delle quotidianità	3 volte per sinistro e 4 ore al giorno
Servizio di accompagnamento (trasferimento da e per centri di cura)	6 trasferimenti entro il limite massimo di € 30,00 per servizio giornaliero
Invio spesa a casa	2 buste per Sinistro
Invio dog sitter	2 ore al giorno per massimo 5 giorni per Sinistro
Autista sostitutivo	€ 300,00 per Anno Assicurativo

9.9 Esclusioni valevoli per ognuno dei pacchetti assistenza

1) Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:

- a) atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio; occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'**Assicurato** risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;

- c) sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
 - d) dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
 - e) abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
 - f) Infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
 - g) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idroscii, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
 - h) ogni evento derivante da situazioni Patologiche Pregesse già note all'Assicurato;
 - i) eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
 - j) viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.
 - k) Malformazioni o Difetti Fisici preesistenti all'entrata in vigore dell'Assicurazione;
- 2) La Compagnia non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Compagnia.
- 3) La Compagnia non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.
- 4) Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.
- 5) Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.
- 6) Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.

E - Il Contratto dalla A alla Z

10 Dichiarazioni del Cliente e dell'Assicurato

10.1 Dichiarazioni sulle caratteristiche del Rischio assicurato

Le dichiarazioni del **Contraente** e dell'**Assicurato** – in particolare quelle fornite mediante la compilazione del **Questionario Sanitario** – devono essere veritieri, corrette e complete al fine di un'esatta valutazione del rischio da parte della **Compagnia**. L'**Assicurato** ha l'obbligo di comunicare alla **Compagnia** le circostanze a lui note rilevanti per la determinazione del rischio.

Le dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della **Compagnia**, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**Indennizzo**, nonché la cessazione dell'**Assicurazione** ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Qualora sopravvenga una modifica dello stato di salute dell'**Assicurato** prima della **Data di Decorrenza** della **Polizza** che influisca sulle dichiarazioni riportate sul **Questionario Sanitario**, l'**Assicurato** e il **Contraente** sono tenuti ad informare la **Compagnia**. In questo caso la **Compagnia** si riserva il diritto di rivedere le condizioni di accettazione o di rifiutare il rischio.

10.2 Obbligo di aggiornamento delle dichiarazioni

Salvo le circostanze relative alle “Condizioni di assicurabilità” di cui all'articolo 1.4 e alle “Dichiarazioni sulle caratteristiche del Rischio assicurato” dichiarate ai sensi dell'articolo 10.1, non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'**Assicurato** nel corso del **Contratto**, quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del rischio.

11 Decorrenza dell'Assicurazione

11.1 Data di Decorrenza dell'Assicurazione

L'**Assicurazione** decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato nel **Modulo di Polizza**:

- fatto salvo gli eventuali **Termini di Carenza**;
- e se il **Prezzo** o la prima rata del **Prezzo** sono stati pagati;

In caso di mancato pagamento del **Prezzo** entro la **Data di Decorrenza**, l'**Assicurazione** decorre, sempre fatti salvi i **Termini di Carenza**, dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.

11.2 Sospensione dell'Assicurazione

Se il **Cliente** non paga il **Prezzo** o le rate di **Prezzo** per i periodi successivi, l'**Assicurazione** resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Restano ferme le successive scadenze ed il diritto della **Compagnia** al pagamento del **Prezzo** o rate di **Prezzo** dovuti.

In caso di pagamento del **Prezzo** successivo al 90° giorno, saranno applicati nuovamente i **Termini di Carenza** previsti all'articolo 1.6, che verranno calcolati a partire dalle ore 24:00 del giorno di pagamento delle rate di Prezzo scadute.

Il **Contratto** si risolve di diritto se la **Compagnia** non agisce per la riscossione nel termine di sei mesi, ridotto a tre mesi in caso di pagamento mensile, dal giorno in cui il **Prezzo** o la rata sono scaduti, fermi il diritto al **Prezzo** in corso.

12 Modalità di conclusione del Contratto e pagamento del Prezzo

12.1 Modalità di conclusione del contratto

Il Contratto può essere sottoscritto presso le filiali delle Banche Abilitate, tramite Offerta fuori sede da parte delle Banche Abilitate oppure a distanza nell'ambito di un sistema gestito ed organizzato dalle Banche Abilitate. La sottoscrizione del Contratto può avvenire anche tramite Firma Digitale fornita dalle Banche Abilitate

12.2 Periodicità di pagamento del Prezzo

Il **Prezzo** può essere pagato con periodicità annuale alla consegna del **Contratto** ed alle previste scadenze annuali successive, o mensilmente senza costi aggiuntivi.

Il **Prezzo** è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in rate mensili.

12.3 Modalità di pagamento del Prezzo

Il **Prezzo** può essere corrisposto esclusivamente mediante Addebito in Conto Corrente, oppure carta di credito (solo per il caso di sottoscrizione del Contratto online o in Offerta fuori sede).

12.4 Calcolo del Prezzo e adeguamento dello stesso per età

Il **Prezzo** viene calcolato in base all'età di ogni soggetto **Assicurato** al momento della sottoscrizione della **Polizza** e viene adeguato ad ogni rinnovo applicando, al **Prezzo** dell'anno precedente, un incremento in base ai coefficienti riportanti nella "Tabella Incremento per età" presente in Appendice 2, **salvo quanto disposto nel successivo articolo 13.**

Per le garanzie "Assistenza", "Check Up" e "Prevenzione e Cure Dentarie" non è previsto alcun adeguamento per cambio fascia d'età.

13 Durata, proroga e disdetta del Contratto

L'**Assicurazione** ha durata di 1 anno a partire dalla **Data di Decorrenza** indicata nel **Modulo di Polizza** e si rinnova tacitamente per analogo periodo, salvo disdetta da parte del **Cliente** o della **Compagnia**. In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annua, il **Contratto di Assicurazione** è prorogato per una durata pari ad un ulteriore anno e così successivamente di anno in anno. Il **Contratto** non si rinnoverà tacitamente alla scadenza per gli **Assicurati** che dovessero raggiungere il limite massimo di età assicurabile di 75 anni nel corso della validità del periodo assicurato oggetto di rinnovo.

In alternativa alla disdetta, se viene accertato l'andamento tecnico negativo del prodotto assicurativo a seguito della valutazione dei dati statistici di riferimento, la **Compagnia** può proporre al **Contraente** una variazione delle condizioni tariffarie e/o contrattuali precedentemente convenute, ulteriore rispetto all'adeguamento automatico del **Prezzo** già previsto nel precedente art. 12.4. In tal caso, sarà onere della **Compagnia** inoltrare comunicazione scritta al **Contraente** almeno 60 (sessanta) giorni prima di ciascuna scadenza annuale, a mezzo lettera Raccomandata, riportante le nuove condizioni di rinnovo e/o il **Prezzo** di rinnovo proposti.

Resta comunque fermo il diritto del **Cliente** di inoltrare disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza annua. In tal caso, l'**Assicurazione** cessa dalla fine del **Periodo Assicurativo** in corso e il **Cliente** non dovrà pagare più nulla per gli anni successivi.

Se il **Cliente** non inoltra la disdetta entro il termine indicato, il **Contratto di Assicurazione** si intende rinnovato tacitamente alle nuove condizioni comunicate dalla **Compagnia**.

Sia in caso di pagamento tramite conto corrente che tramite carta di credito, in occasione di ogni tacito rinnovo, l'addebito del Prezzo verrà effettuato automaticamente il giorno della scadenza della **Polizza**; nel caso in cui l'addebito non andasse a buon fine e il pagamento del **Prezzo** dovuto non pervenisse entro i sette giorni successivi alla scadenza, verrà effettuato un secondo tentativo di prelievo sulla medesima carta di credito l'ottavo giorno successivo alla scadenza della **Polizza**. In caso di ulteriore mancato buon fine dell'addebito si applica il disposto dell'articolo 11.2 "Sospensione dell'Assicurazione".

14 Modifica del Contratto

Il **Cliente** può richiedere eventuali modifiche del **Contratto** solo al rinnovo della **Polizza** per:

- includere o escludere linee obbligatorie, garanzie facoltative e pacchetti assistenza opzionali;

L'acquisto di nuove linee obbligatorie e/o garanzie facoltative successivamente alla prima sottoscrizione della **Polizza** prevede sempre la sottoscrizione del **Questionario Sanitario**.

Solo per l'inclusione della garanzia facoltativa "Prevenzione e Cure Dentarie", successivamente alla data di prima stipula della **Polizza**, non è richiesta la compilazione del **Questionario Sanitario**.

- Includere o escludere Assicurati

L'inclusione di un **Assicurato** prevede sempre la sottoscrizione del **Questionario Sanitario**.

Il neonato può essere incluso in corso d'**Anno Assicurativo**, previa segnalazione, solo se uno dei due genitori è assicurato e ha acquistato la linea obbligatoria "Interventi e Ricoveri". Per maggior dettagli sull'operatività della garanzia si rimanda all'articolo 4.1 lettera D.

15 Diritto di ripensamento in caso di vendita a distanza

Esclusivamente in caso di vendita a distanza, entro 14 giorni dalla conclusione del contratto (o dalla ricezione dei documenti contrattuali se successiva) il **Cliente** ha il diritto di recedere dal contratto inviando richiesta scritta tramite lettera raccomandata a UGP presso la sede legale di Crédit Agricole Assicurazioni.

La **Compagnia** rimborsa al **Cliente** il **Prezzo** pagato e non goduto, al netto delle imposte, in ragione di 1/360 del **Prezzo** annuo per ogni giorno di garanzia residua, a partire dal giorno successivo a quello di invio della Raccomandata di recesso.

16 Diritto di recesso

La **Compagnia** rinuncia al diritto di recesso in tutti i casi fatto salvo:

- I. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti come da articolo 10.1 "Dichiarazioni sulle caratteristiche del Rischio assicurato"
- II. in caso di perdita dei requisiti di assicurabilità di cui all'articolo 1.4 "Condizioni di assicurabilità".

17 Assicurazione presso più assicuatori

Il **Cliente** o l'**Assicurato** sono esonerati dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto alla **Compagnia** dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso **Rischio**.

In caso di **Sinistro**, resta fermo l'obbligo del **Cliente** o dell'**Assicurato** di darne avviso a tutti gli assicuatori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio sia coperto da contratti stipulati dall'**Assicurato** con Enti, Casse, Fondi Sanitari Integrativi.

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, l'**Assicurato** che gode di **Prestazioni di Assistenza** analoghe a quelle del presente **Contratto** con altre imprese di assicurazione, deve dare avviso del Sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente alla **Compagnia** entro 3 giorni a pena di decadenza.

Se a seguito della denuncia si attiva un'altra impresa assicuratrice, la **Compagnia** rimborsa all'**Assicurato** gli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato la prestazione.

18 Assicurazione per conto altrui

Se il presente **Contratto** di Assicurazione è stipulato per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla **Polizza** devono essere adempiuti dal **Cliente**, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'**Assicurato** così come disposto dall'art.1891 del Codice Civile.

19 Antiterrorismo e Sanzioni Internazionali

La **Compagnia**, in qualità di entità soggetta a controllo e coordinamento di Crédit Agricole Assurances, Gruppo IVA Crédit Agricole Assurances in Italia, facente parte del Gruppo Crédit Agricole S.A. (CA.SA), si impegna a rispettare le norme legislative e le regole previste dal regime delle **Sanzioni Internazionali** definito da misure restrittive che impongono sanzioni di natura economica o finanziaria (incluse le sanzioni o misure relative ad **Embargo** o **Asset Freeze**) volte a contrastare l'attività di Stati, individui o organizzazioni che minacciano la pace e la sicurezza internazionale. Tali misure sono emesse, amministrate o rafforzate dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite, dall'Unione Europea, dalla Francia, dagli Stati Uniti d'America (incluso in particolare l'Office of Foreign Assets (OFAC) e il Dipartimento di Stato) o da altre Autorità competenti.

In osservanza alle direttive di CA.SA., nessun pagamento può essere effettuato nell'esecuzione del presente **Contratto** assicurativo se tale pagamento viola le suddette misure.

20 Imposte e tasse

Tutte le imposte e tasse relative al contratto sono a carico del **Cliente**.

21 Legge applicabile

Il **Contratto** è regolato dalla legge italiana. Oltre alle previsioni contenute nel **Contratto**, trovano pertanto applicazione anche le norme di legge.

22 Foro competente/Clausola arbitrale

Il foro competente per le controversie relative al **Contratto** è quello del luogo di **Residenza** o di domicilio elettivo dell'**Assicurato/Cliente**.

23 Obblighi e diritti derivanti dal Contratto

Il **Contratto** rappresenta l'intero accordo raggiunto tra il **Cliente** e la **Compagnia**. Tutte le modifiche al **Contratto** devono risultare da atto scritto e firmato dalle parti.

24 Forma delle comunicazioni tra le parti

Tutte le comunicazioni fra le parti, per essere valide, dovranno essere effettuate esclusivamente, ove non diversamente previsto, con lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC), anche tramite la filiale della banca distributrice presso la quale è stato sottoscritto e rilasciato il Contratto.

F - Cosa fare in caso di Sinistro

25 Disposizioni comuni a tutte le Sezioni

25.1 Denuncia del Sinistro alla Compagnia

25.1.1 Recapiti per la denuncia Sinistro - Sezione Assistenza

In caso di **Sinistro** relativo a prestazioni coperte con la garanzia assistenza l'**Assicurato dovrà rivolgersi esclusivamente alla Centrale Operativa**, che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Non sono previste prestazioni alternative se l'**Assicurato** non si rivolge alla **Centrale Operativa**, salvo il caso di forza maggiore, che dovrà comunque essere documentato.

La **Centrale Operativa** è a disposizione **dal lunedì alla domenica - 24 ore su 24** - ai seguenti recapiti:

- numero verde 800.088.292 (solo dal l'Italia),
 - oppure sia dall'Italia che dall'estero numero +39 02.87.31.01.99
 - oppure, se non potesse telefonare, può inviare un fax al numero +39 02.88.21.83.358
- oppure una e-mail a ugsassistenza@ca-assicurazioni.it.

25.1.2 Recapiti per la denuncia Sinistro - Tutte le altre sezioni

In merito alle prestazioni Diaria da Ricovero - Diaria da Convalescenza, Rimborso Grandi Interventi, Rimborso Spese Mediche, Check-Up, Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici, Diaria da Ricovero e Convalescenza e Prevenzione e Cure Dentarie, l'**Assicurato** deve denunciare l'evento assicurato entro 15 giorni dalla data del Sinistro o da quando ne ha avuto possibilità.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al **Rimborso** delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'**Assicurato** è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le **Strutture Convenzionate** ed è stato preventivamente autorizzato dalla **Centrale Operativa**, che formalizzerà la denuncia di **Sinistro**.

Per farlo può contattare la **Centrale Organizzativa dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17:30** ai seguenti recapiti:

- numero verde 800.088.292 (solo dal l'Italia),
- oppure da cellulare o dall'estero numero +39 02.87.31.01.99
- oppure, se non potesse telefonare, può inviare un fax al numero +39 02 00 64 0370
- oppure una e-mail a salute@ca-assicurazioni.it o una PEC a salute.ca@legalmail.it

L'**Assicurato** nel contattare la **Centrale Organizzativa** presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

26 Mediazione

Le parti concordano che nel caso di adesione alla procedura relativa al **Tentativo Obbligatorio di Mediazione** ex art. 5 D.Lgs. 28/2010, questa dovrà essere esperita, anche per via telematica, ai sensi dell'art. 141, I comma del Codice del Consumo per il tramite dell'Organismo di Mediazione costituito presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura o dell'Ordine degli Avvocati presente in ogni capoluogo di Provincia.

26.1 Rinuncia al Diritto di Rivalsa

La **Compagnia** rinuncia, a favore dell'**Assicurato** o dei suoi aventi causa, al diritto di Rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'**Infortunio** o della **Malattia**.

26.2 Pagamento dell'Indennizzo

Nel caso siano previsti degli indennizzi la **Compagnia** provvede al pagamento dell'**Indennizzo** entro 30 giorni dal momento in cui è stata verificata l'operatività della garanzia, è stata ricevuta tutta la documentazione necessaria in relazione al **Sinistro**, è stato valutato il danno ed è stata ricevuta tutta la documentazione necessaria in relazione al **Sinistro**.

Il diritto all'**Indennizzo** è di carattere personale.

Tuttavia se l'**Assicurato** muore prima che l'**Indennizzo** sia stato erogato, la **Compagnia** pagherà direttamente agli eredi legittimi l'importo dovuto ai sensi del **Contratto**, se questi dimostrano, consegnando alla **Compagnia** l'idonea documentazione medica (es. referti, cartelle cliniche, certificazione INPS, INAIL o altre tipologie di certificazioni ospedaliere o del medico di famiglia), il diritto all'indennizzo.

27 Sinistri della Sezione Assistenza

27.1 Soggetto a cui rivolgersi

L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla **Centrale Operativa** che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione. Non sono previste prestazioni alternative se l'**Assicurato** non si rivolge alla **Struttura Organizzativa**, salvo il caso di forza maggiore, che dovrà comunque essere documentato.

27.2 Comunicazioni dell'Assicurato

In ogni caso l'**Assicurato** dovrà comunicare con precisione:

1. il tipo di assistenza di cui necessita.
2. il Nome e Cognome
3. il Numero di polizza
4. l'indirizzo del luogo in cui si trova.
5. il recapito telefonico dove la **Centrale Operativa** provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

27.3 Ulteriore documentazione

L'**Assicurato**, a richiesta della **Centrale Operativa**, dovrà fornire ogni ulteriore documentazione necessaria alla conclusione dell'assistenza.

In ogni caso è necessario inviare alla **Centrale Operativa** gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

27.4 Prestazioni non dovute

La **Compagnia** può chiedere all'**Assicurato** il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazioni di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal **Contratto** o dalla Legge.

28 Sinistri per le Altre Sezioni

Le seguenti disposizioni sono valide per le prestazioni Diaria da Ricovero - Diaria da Convalescenza, Rimborso Grandi Interventi, Rimborso Spese Mediche, Check Up, Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici, Diaria da

Ricovero e Convalescenza e Prevenzione e Cure Dentarie.

28.1 Responsabilità

L'Assicurato riconosce espressamente che la **Compagnia** e la **Centrale Organizzativa** non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalle **Strutture Convenzionate**.

Pertanto, l'**Assicurato** prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (**Istituti di cura**, Centri diagnostici, Centri e Studio odontoiatrici etc.) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

28.2 Denuncia di Sinistro alla Compagnia

- Qualora l'**Assicurato** decida di usufruire di **Strutture Convenzionate - Pagamento diretto** (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati) o del **Regime Misto** - parte con Pagamento Diretto e parte a **Rimborso** (struttura sanitaria convenzionata e medico/Equipe medica no) deve chiedere specifica autorizzazione alla **Centrale Organizzativa**.

Il **Pagamento Diretto** avviene a condizione che l'**Assicurato** si avvalga delle **Strutture Convenzionate** con **MyAssistance** e abbia richiesto a quest'ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al **Pagamento Diretto**, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di reale e comprovata urgenza, che comunque dovranno essere comunicati nel più breve tempo possibile.

L'operatore della **Centrale Organizzativa**, verificata l'ammissibilità della richiesta, provvederà ad autorizzare la **Struttura Convenzionata** ad erogare le prestazioni concordate, dandone conferma all'**Assicurato** via e-mail. La preventiva attivazione della **Centrale Organizzativa** e la successiva conferma dell'erogazione delle prestazioni sono condizioni essenziali per l'operatività della procedura di **Pagamento Diretto**, in mancanza delle quali il servizio non sarà operante.

- Qualora invece l'**Assicurato** decida di non avvalersi della procedura di **Pagamento Diretto**, quindi con ricorso a **Strutture non Convenzionate** oppure avvalendosi di professionisti medici non convenzionati (presso **Strutture Convenzionate**), per ottenere il **Rimborso** delle spese sostenute deve denunciare il **Sinistro** alla **Centrale Organizzativa** entro 15 giorni dalla data dello stesso o da quando ne ha avuto la possibilità.

Qualora l'**Assicurato** utilizzasse una **Struttura Convenzionata** senza richiedere preventivamente l'autorizzazione al **Pagamento Diretto**, il **Rimborso** verrà riconosciuto applicando gli **Scoperti** previsti per il **Regime non Convenzionato – a Rimborso**.

L'elenco delle strutture convenzionate è disponibile nell'area riservata del sito <https://app.myassistance.eu> o tramite App dove l'**Assicurato** vi accede con le proprie credenziali.

Le modalità di denuncia del sinistro sono:

- contattare telefonicamente la **Centrale Organizzativa**,
- accedere alla propria area web riservata sul sito <https://app.myassistance.eu>,
- tramite App dedicata di MyAssistance,
- scrivendo all'indirizzo e-mail salute@ca-assicurazioni.it oppure (PEC) salute.ca@legalmail.it.

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano (Inglese, Francese e Spagnolo) dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'**Assicurato**. L'**Assicurato**, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della **Compagnia** e qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'**Assicurato** stesso.

Si precisa che, il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente **Polizza** è di due anni dal giorno in cui si è

verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile.

28.3 Gestione del Sinistro

Il **Pagamento Diretto** che la **Compagnia** effettuerà alle **Strutture Convenzionate**, solleverà la **Compagnia** stessa nei loro confronti e nei confronti dell'**Assicurato**, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Compagnia abbia già corrisposto.

Il **Pagamento Diretto** non pregiudica il diritto della **Compagnia** a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'**Assicurato**, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

In caso, invece, di **Regime non Convenzionato** la richiesta di **Rimbors** viene gestita dalla **Centrale Organizzativa** entro 3 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione completa da parte dell'**Assicurato**.

La documentazione deve essere intestata all'**Assicurato** o ad un beneficiario delle prestazioni e il **Rimbors** avviene a favore dell'**Assicurato** o dell'avente diritto.

Il **Rimbors** viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.

Le prestazioni relative a ricoveri in **Istituto di Cura** senza **Intervento Chirurgico** e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto ("**Ricoveri Impropri**") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito della garanzia facoltativa "Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici" espressamente indicate nel **Modulo di Polizza**.

Tutte le prestazioni assicurate devono essere effettuate da medico specialista o da personale specializzato, corredate dalla relativa diagnosi (patologia accertata o sospetta tale) e data d'insorgenza della stessa, nonché fatturate da **Istituto di Cura**, da studio medico, da Medico specialista, da medico dentista o da una struttura odontoiatrica.

Le prestazioni infermieristiche possono essere effettuate da infermiere professionista mentre i **Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi** possono essere effettuati da Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi certificata.

Al fine della valutazione del **Sinistro**, la **Compagnia**, per il tramite della **Centrale Organizzativa**, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

La **Compagnia** avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della documentazione inviata, al fine della corretta valutazione del **Sinistro** o della verifica della veridicità della documentazione.

28.4 Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di autorizzazione al **Pagamento Diretto**, qualora si dovesse accertare successivamente la non validità della **Polizza** o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'**Assicurazione**, la **Compagnia** ne darà comunicazione scritta all'**Assicurato**, il quale dovrà restituire alla **Compagnia** stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'**Istituto di Cura** se già saldate dalla **Compagnia** alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Qualora l'**Assicurato** non ottemperi nei tempi previsti, la **Compagnia** si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

28.5 Modalità di erogazione delle prestazioni

L'**Assicurato** può usufruire dei seguenti regimi di erogazione delle prestazioni:

- **Regime Convenzionato – Pagamento Diretto** (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati): la **Compagnia** paga le spese sanitarie alla **Struttura Convenzionata**. Restano a carico dell'**Assicurato** eventuali **Scoperti** o somme eccedenti i **Massimali** nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e non autorizzata.

- **Regime non Convenzionato – a Rimborso** (struttura sanitaria e medico/Equipe medica entrambi non convenzionati): l'**Assicurato** paga le spese sanitarie e richiede a cura ultimata il **Rimborso** alla **Compagnia**. Dal Rimborso vengono sottratti **Scoperti** o somme eccedenti i **Massimali** nonché ogni altra spesa non coperta dal presente **Contratto**.

- **Regime Misto** (struttura sanitaria convenzionata e medico/Equipe medica non convenzionati): La **Compagnia** paga le spese relative alla struttura sanitaria e l'**Assicurato** deve saldare eventuali **Scoperti** a suo carico, come previsto dal **Regime Convenzionato**, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata.

Inoltre, l'**Assicurato** deve saldare le spese del medico non convenzionato e richiedere successivamente alla **Compagnia** il **Rimborso** delle stesse. Dal **Rimborso** vengono sottratti **Scoperti**, come previsto dal **Regime non Convenzionato**, o somme eccedenti i **Massimali**, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto.

Qualora l'**Assicurato** utilizzasse una **Struttura Convenzionata** senza richiedere preventivamente l'autorizzazione al **Pagamento Diretto**, si applicherà il **Regime Non Convenzionato** e il **Rimborso** verrà riconosciuto applicando gli **Scoperti** previsti per il **Regime non Convenzionato – a Rimborso**.

Tuttavia le **Strutture Convenzionate** odontoiatriche sono presenti nel solo territorio italiano.

In caso di cure dentarie effettuate all'estero, la **Compagnia** rimborsa la spesa sostenuta dall'**Assicurato** entro i limiti previsti nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (articolo 7.1).

28.6 Modalità e documentazione da inviare per la denuncia Sinistro

28.6.1 Regime Convenzionato - Pagamento Diretto

L'**Assicurato** dovrà inviare tramite area web riservata, app oppure all'indirizzo e-mail salute@ca-assicurazioni.it oppure (PEC) salute.ca@legalmail.it la prescrizione compilata dal medico di medicina generale o dallo specialista completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'**Assicurato** che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta e data d'insorgenza della stessa;
- in caso di **Ricovero** con Intervento, **Day Surgery** o Intervento **Chirurgico Ambulatoriale**: tipo di **Intervento Chirurgico** da eseguire.
- in caso di **Ricovero** senza intervento o **Day Hospital**: iter diagnostico e terapeutico;
- in caso di **Accertamenti Diagnostici**, Visite Specialistiche e **Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi**: tipo di prestazione (es. visita ortopedica, ecografia pelvica etc.);
- in caso d'**Infortunio**: referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'**Infortunio** (es. radiografie, referti clinici etc.).

Per la garanzia Prevenzione e Cure Dentarie, in occasione della prima attivazione della **Polizza** il dentista dovrà compilare l'odontogramma che riepiloga lo stato di salute della bocca dell'**Assicurato**.

Inoltre, durante la prima visita sarà richiesto all'**Assicurato** di sottoscrivere con il medico dentista il proprio Budget Cure Odontoiatriche (BCO) per l'approvazione delle prestazioni incluse nella garanzia. I trattamenti e le prestazioni non compresi nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (articolo 7.1) verranno fatturate direttamente all'**Assicurato**.

Successivamente alla prima visita, l'odontogramma e il BCO saranno forniti dalla **Centrale Organizzativa** direttamente alla **Struttura Convenzionata**.

In caso di prestazione resa necessaria da Infortunio, l'**Assicurato** dovrà fornire alla **Centrale Organizzativa** referto

di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'**Infortunio** (es. OPT, radiografie).

28.6.2 Regime non Convenzionate - a Rimborso

A fine cure, la **Compagnia** rimborsa all'**Assicurato** le somme dovute a termini di **Polizza** previa presentazione delle fotocopie delle fatture o notule di spesa debitamente quietanzate complete di:

- **Cartella Clinica** completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) in caso di **Ricovero** con o senza **Intervento Chirurgico** anche in regime di **Day Hospital, Day Surgery**;
- in caso di Estensione garanzia Indennità Sostitutiva: **Cartella Clinica** completa e Scheda di Dimissioni Ospedaliera (SDO), dalla quale si evince il ricovero in terapia intensiva come conseguenza di patologia riconducibile direttamente alla Malattia infettiva definita dall'OMS come emergenza sanitaria di interesse internazionale (PHEIC);
- dettagliata relazione del medico specialista attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di **Intervento Chirurgico Ambulatoriale**;
- **Cartella Clinica** completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), per la richiesta della Diaria da Ricovero e Diaria da Convalescenza. I giorni di **Convalescenza** devono essere prescritti in **Cartella Clinica**;
- prescrizione compilata dal medico di medicina generale o dallo specialista con specificata la prestazione, la patologia accertata o sospetta e l'indicazione della data d'insorgenza della stessa, in caso di **Accertamenti Diagnostici, Visite Specialistiche e Trattamenti Fisioterapici Rieducativi**;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'**Infortunio** (es. radiografie, referti clinici etc.), in caso d'**Infortunio**.

Per la garanzia Prevenzione e Cure Dentarie, a termine cure, l'**Assicurato** deve inviare la richiesta di **Rimborso** completa di:

- copia delle fatture valide ai fini fiscali, con dettaglio della singola prestazione effettuata, relativo costo e data in cui le singole prestazioni sono state eseguite;
- in caso di prestazioni rese necessarie da **Infortunio**, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'**Infortunio** (es. OPT, radiografie).

28.6.3 Regime Misto

Vale quanto normato ai precedenti punti 28.5.1 per l'attivazione del Pagamento diretto con la **Struttura Convenzionata** e 28.5.2 per la richiesta di **Rimborso** delle spese sostenute presso **Strutture non Convenzionate**.

28.7 Collegio medico

28.7.1 Controversie mediche

Se ci sono controversie mediche su:

- a) natura dell'evento
- b) misura dell'indennità da corrispondere all'**Assicurato**
- c) criteri di liquidazione contrattualmente stabiliti

le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di tre medici.

28.7.2 Nomina e residenza del Collegio

I membri del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente, al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il Collegio

medico. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di Residenza dell'Assicurato.

28.7.3 Procedura

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

28.7.4 Spese

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, esclusa ogni solidarietà.

G - Allegati

APPENDICE 1 - Elenco Grandi interventi Chirurgici

CHIRURGIA DELL' ESOFAGO

- Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale
- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale [esofagectomia parziale con ricostruzione della continuità digestiva]
- Esofagectomia parziale con ricostruzione della continuità digestiva
- Esofagogastoplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica (altra riparazione dell'esofago)
- Esofagectomia totale (toracoscopica o toracotomica) con ricostruzione della continuità digestiva
- Interventi per riparazione di lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale
- Asportazione di lesione o tessuto dell'esofago per via toracoscopica o toracotomica

CHIRURGIA DELLO STOMACO - DUODENO -

INTESTINO TENUE

- Gastrectomia totale con o senza linfoadenectomia
- Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale con anastomosi gastroesofagea per neoplasia maligna dello stomaco
- Gastrectomia totale ed esofagectomia distale con ricostruzione della continuità digestiva per neoplasia maligna dello stomaco

CHIRURGIA DEL COLON

- Emicolectomia destra con o senza linfoadenectomia
- Emicolectomia sinistra con o senza linfoadenectomia
- Resezione del colon trasverso
- Colectomia totale con il eorettoanastomosi senza o con ileostomia [procto-colectomia totale intraaddominale con eventuale confezione di reservoir ileale]
- Resezione rettocolica anteriore con o senza linfoadenectomia tradizionale
- Resezione rettocolica anteriore con o senza linfoadenectomia per via laparoscopica o laparotomica
- Proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale [procto-colectomia

totale intraaddominale con eventuale confezione di reservoir ileale]

- Interventi d'imputazione del retto per via perineale, posteriore, addominoperineale e addomino posteriore

CHIRURGIA DEL FEGATO E VIE BILIARI

- Epatectomia parziale per neoplasia maligna (resezioni epatiche atipiche)
- Lobectomia del fegato per neoplasia maligna
- Interventi di riparazione dei dotti biliari
- Chirurgia dell'ipertensione portale:
 - a) interventi di derivazione [anastomosi venosa intra addominale]
 - anastomosi porto-cava
 - anastomosi spleno-renale
 - anastomosi mesenterico-cava
 - b) interventi di devascularizzazione
 - legatura delle varici per via toracica e/o addominale
 - transezione esofagea per via toracica [altra demolizione di lesione o tessuto dell'esofago]
 - transezione esofagea per via addominale [altra demolizione di lesione o tessuto dell'esofago]
 - deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee [legatura di vene varicose addominali]
 - transezione esofagea per via addominale [altra demolizione di lesione o tessuto dell'esofago]

CHIRURGIA DEL PANCREAS

- Duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfoadenectomia [pancreatectomia prossimale]
- Asportazione della coda del pancreas con o senza linfoadenectomia [pancreatectomia distale]
- Pancreatectomia totale con o senza linfoadenectomia
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas (altra pancreatectomia parziale)

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Resezioni e plastiche tracheali
- Faringo-laringo-esofagectomia totale con

faringoplastica con o senza linfoadenectomia per neoplasie maligne dell'ipofaringe o dell'esofago cervicale.

CHIRURGIA DEL TORACE

- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Lobectomie, bilobectomie
- Pneumonectomia completa
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica o toracotomica
- Resezioni bronchiali con reimpianto
- Toracoplastica: I e II tempo

CARDIOCHIRURGIA

- By-pass aorto-coronarico
- Interventi per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia
- Commissurotomia per stenosi mitralica [valvuloplastica percutanea]
- Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci
- Pericardiectomia totale
- Resezione cardiaca [rimodellamento ventricolare]
- Sostituzione valvolare con protesi
- Sutura del cuore per ferite [riparazione del cuore e del pericardio]
- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare [endoarteriectomia di altri vasi toracici - polmonare (arteria, vena)]

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica
- Interventi sull'aorta addominale
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (bypass aorto-iliaco-femorale mono o bilaterale)
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta [sutura di arteria]
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- Interventi sulla vena cava superiore [resezione di altri vasi toracici con anastomosi]
- Interventi sulla vena cava inferiore (resezione di vene addominali con anastomosi)
- Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale) [endoarteriectomia delle arterie dell'arto inferiore]

NEUROCHIRURGIA

- Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
- Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia
- Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose dei vasi della testa e del collo non escluse dalla garanzia
- Craniotomia per asportazione di neoplasie endocraniche
- Craniotomia per asportazione di neoplasie endocraniche delle meninge
- Radiochirurgia stereotassica per neoplasie intracraniche
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria [ipofisectomia parziale ransfenoidale]
- Biopsia cerebrale per via stereotassica
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Derivazione ventricolare interna ed esterna
- Craniotomia per accesso cerebrale
- Intervento per epilessia focale
- Cranioplastiche ricostruttive
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatia e radiculopatia cervicali

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale [ureteroileocutaneostomia]
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- Enterocistoplastica di allargamento
- Orchiectomia con linfoadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- Resezione uretrale e uretrorrafia [uretroplastiche]
- Amputazione totale del pene e adenolinfomectomia emasculatio totale

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Vulvectomia allargata con o senza linfadenectomia
- Creazione di vagina artificiale post chirurgia neoplastica maligna
- Isterectomia radicale per via addominale con o senza linfadenectomia

CHIRURGIA OCULISTICA

- Trapianto corneale a tutto spessore
- Cerchiaggio per distacco di retina
- Intervento per neoplasia maligna del globo oculare

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla
- Svuotamento funzionale o demolitivo del collo
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico [altra neuroplastica cranica]
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
- Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare
- Petrosectomia [altra asportazione dell'orecchio medio]
- Laringectomia sopraglottica o subtotale
- Laringectomia radicale
- Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne [Osteotomia totale di altre ossa facciali con contemporanea ricostruzione]

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi totale di ginocchio compresi revisione
- Artroprotesi di spalla
- Artroprotesi di anca parziale e totale compresa revisione di artroprotesi
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomia
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Trattamento cruento dei tumori ossei [Interventi non specificati su lesione ossea]

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosì dell'articolazione temporo-mandibolare
- Resezione del mascellare superiore per neoplasia maligna [emimaxillectomia con innesto o protesi]
- Resezione della mandibola per neoplasia maligna [con ricostruzione contemporanea]

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecrettivo (derivazione ventricolare interna ed esterna)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogenea e nervosa (simpatoblastoma).
- Esofagogastoplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica (altra riparazione dell'esofago)
- Intervento di riparazione per fistole esofagee
- Intervento di riparazione di torace ad imbuto e torace carenato.
- Intervento di riparazione di ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro [Piloroplastica]
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva [altra resezione parziale dell'intestino tenue]
- Intervento di pull-through endorettale (pull-through sacroperineale o sacroaddominoperineale per malformazioni anorettali)
- Intervento di pull-through endorettale (pull-through sacroperineale o sacroaddominoperineale per malformazioni anorettali)
- Megauretere:
 - Ureterectomia parziale o segmentaria con reimpianto
 - Altra riparazione dell'uretere
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

Si considerano “Interventi di alta chirurgia” anche:

- il trapianto e l'espianto di organi;

APPENDICE 2 - Tabella Incremento per età

ETA'	Obbligatorie			Facoltative	
	Grandi Interventi Check Up	Interventi e Ricoveri - Check Up	Diaria da Ricovero - Diaria da Convalescenza – Check Up	Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici	Diaria da Ricovero - Diaria da Convalescenza
0	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
1	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
2	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
3	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
4	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
5	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
6	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
7	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
8	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
9	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
10	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
11	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
12	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
13	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
15	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
16	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
17	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
18	1,08	1,26	1,15	1,20	1,15
19	1,11	1,36	1,21	1,26	1,21
20	1,30	1,90	1,57	1,77	1,57

21	1,30	1,98	1,57	1,77	1,57
22	1,30	2,07	1,57	1,77	1,57
23	1,30	2,16	1,57	1,77	1,57
24	1,30	2,25	1,57	1,77	1,57
25	1,35	2,35	1,67	1,95	1,67
26	1,35	2,46	1,67	2,04	1,67
27	1,35	2,57	1,67	2,14	1,67
28	1,35	2,68	1,67	2,25	1,67
29	1,35	2,80	1,67	2,36	1,67
30	3,07	3,83	2,98	2,48	1,67
31	3,07	3,91	2,98	2,53	1,67
32	3,07	3,99	2,98	2,58	1,67
33	3,07	4,08	2,98	2,63	1,67
34	3,07	4,16	2,98	2,69	1,67
35	3,07	4,25	2,98	2,74	1,67
36	3,07	4,25	2,98	2,79	1,67
37	3,07	4,25	2,98	2,85	1,67
38	3,07	4,25	2,98	2,91	1,67
39	3,07	4,25	2,98	2,96	1,67
40	3,07	4,25	2,98	2,96	1,67
41	3,07	4,25	2,98	2,96	1,67
42	3,07	4,25	2,98	2,96	1,67
43	3,07	4,25	2,98	2,96	1,67
44	3,07	4,25	2,98	2,96	1,67
45	3,16	4,31	3,15	2,96	1,84
46	3,21	4,37	3,26	2,96	1,95

47	3,27	4,43	3,37	2,96	2,06
48	3,34	4,50	3,50	2,96	2,18
49	3,40	4,56	3,63	2,96	2,32
50	3,48	4,70	3,76	3,02	2,45
51	3,55	4,84	3,91	3,08	2,60
52	3,63	4,98	4,07	3,15	2,76
53	3,72	5,13	4,23	3,21	2,92
54	3,81	5,29	4,41	3,27	3,10
55	3,90	5,53	4,59	3,44	3,28
56	4,01	5,79	4,79	3,54	3,48
57	4,11	6,06	5,00	3,65	3,69
58	4,23	6,35	5,22	3,75	3,91
59	4,35	6,66	5,45	3,87	4,14
60	4,78	7,47	6,28	4,06	4,97
61	5,03	8,10	6,78	4,14	5,47
62	5,32	8,78	7,32	4,22	6,01
63	5,63	9,54	7,93	4,31	6,61
64	5,97	10,37	8,59	4,39	7,28
65	6,35	11,28	9,31	4,48	8,00
66	6,76	12,09	10,11	4,57	8,80
67	7,22	12,96	10,99	4,66	9,68
68	7,72	13,89	11,96	4,76	10,65
69	8,27	14,91	13,02	4,85	11,71
70	8,87	16,00	14,20	4,95	12,89
71	9,54	16,74	15,48	5,05	14,17
72	10,27	17,52	16,90	5,15	15,59

73	11,08	18,33	18,46	5,25	17,15
74	11,97	19,19	20,17	5,36	18,86
75	12,94	20,08	22,06	5,46	20,75

CRÉDIT AGRICOLE ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale - Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

I nostri specialisti sono a Sua disposizione per qualunque informazione e La potranno aiutare in qualsiasi momento. Potrà facilmente raggiungerli ai seguenti recapiti:

PER RICHIEDERE UNA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia

Via Carlo Pesenti 121 – 00156 Roma

Numero Verde: 800 088 292 – dall'estero +39 02 87 31 01 99

dal lunedì alla domenica - 24 ore su 24

Fax: +39 02 88 21 83 358

mail: ugsassistenza@ca-assicurazioni.it

PER DENUNCIARE O AVERE INFORMAZIONI SU UN SINISTRO

MyAssistance S.r.l.

Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano

Numero: 800 088 292 – dall'estero +39 02 87 31 01 99

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.30

Fax: +39 02 00 64 0370

mail: salute@ca-assicurazioni.it

mail PEC: salute.ca@legalmail.it

L'Assicurato può verificare l'elenco delle strutture Convenzionate accedendo:

- alla propria Area web riservata raggiungibile all'indirizzo <https://app.myassistance.eu>
- tramite App dedicata di MyAssistance

PER VARIAZIONI, INFORMAZIONI E COMUNICAZIONI RELATIVE A CONTRATTI IN ESSERE

UFFICIO GESTIONE PORTAFOGLIO - UGP

Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Numero: 800 088 292

dal lunedì al venerdì dalle 8.30-13.30 / 14.30-17.00

Fax: +39 02 88 21 83 330

mail: ugp@ca-assicurazioni.it

mail PEC: ugp.ca-assicurazioni@legalmail.it

PER RECLAMI RIGUARDANTI IL RAPPORTO CONTRATTUALE O LA GESTIONE DEI SINISTRI

UFFICIO RECLAMI

CORSO DI PORTA VIGENTINA, 9 - 20122 MILANO

FAX: +39 02 88 21 83 313

MAIL: reclami@ca-assicurazioni.it

In caso di insoddisfazione dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine di 45 giorni, potrai rivolgerti all'IVASS, Servizio Tutela dei Consumatori, Via del Quirinale 21, 00187 Roma - www.ivass.it.

PER SUPPORTO TECNICO

ai fini del corretto accesso all'**AREA CLIENTI** del sito e della relativa navigazione, potete compilare il form disponibile nell'area riservata del nostro sito

PER INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE

MAIL: info@ca-assicurazioni.it - MAIL PEC: info.ca-assicurazioni@legalmail.it

ATTENZIONE: questi indirizzi mail possono essere utilizzati solo per INFORMAZIONI di CARATTERE GENERALE; NON SONO VALIDI per comunicazioni relative a contratti già in essere, per impartire disposizioni e per denunciare Sinistri: in tali casi si deve contattare gli Uffici dedicati sopra indicati o in alternativa il Gestore della Filiale.



<http://www.ca-assicurazioni.it>

DISPOSIZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE DISCRIMINAZIONI E LA TUTELA DEI DIRITTI DELLE PERSONE CHE SONO STATE AFFETTE DA MALATTIE ONCOLOGICHE

Gentile cliente,

il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193, recante *“Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche”*.

L'obiettivo di tale normativa è quello di escludere qualsiasi forma di pregiudizio o disparità di trattamento nei confronti di soggetti non più affetti da malattie oncologiche e garantire il diritto all'oblio delle persone guarite da patologie oncologiche.

Per diritto all'oblio oncologico si intende il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica secondo i casi previsti dalla legge.

In particolare, in riferimento alla stipulazione o al rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi, nonché nell'ambito della stipulazione di ogni altro tipo di contratto, la legge stabilisce l'inammissibilità di richiesta e di acquisizione di informazioni relative allo stato di salute del cliente **concernenti patologie oncologiche da cui lo stesso è stato affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni alla data della richiesta (tale periodo è ridotto della metà nel caso in cui la patologia sia insorta prima del ventunesimo anno di età)**, oppure dal diverso periodo di tempo previsto per le specifiche casistiche elencate dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 pubblicato nella GU Serie Generale n.96 del 24 aprile 2024.

Qualora queste informazioni fossero a disposizione della Compagnia non potranno essere utilizzate per la valutazione del rischio.

Alleghiamo, per fini di trasparenza, la tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturare dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico:

Tipo Tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II - III, > 21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I – II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni – Uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

Viene, inoltre, sancito il divieto di applicare al Cliente che rientri nelle succitate casistiche limiti, costi e oneri aggiuntivi, o trattamenti diversi rispetto a quelli previsti per la generalità dei clienti, nonché il divieto anche per le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi di richiedere l'effettuazione di visite mediche di controllo e di accertamenti sanitari.

Nei prossimi mesi saranno emanati ulteriori provvedimenti volti al completamento del quadro normativo e ai conseguenti chiarimenti applicativi dello stesso.

Alla luce di quanto sopra, se ritiene di godere del diritto di cui alla suddetta legge le chiediamo di rispondere **“NO”** alla domanda n. 2, primo punto, di seguito trascritta, presente nel Questionario Sanitario che sta per compilare:

2. Ha già subito un intervento, ricevuto una diagnosi o è in attesa degli esiti di esami, cure o trattamenti in merito a una o più delle seguenti malattie/disturbi:

- cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno anche della pelle, leucemia o linfoma?

L'assicurando è tenuto a Rispondere NO solo nel caso in cui le fattispecie indicate nella domanda rientrino nelle casistiche previste dalla Legge sull'Oblio. Per tutte le altre patologie o casistiche è tenuto a rispondere adeguatamente.