

BCC Assicurazioni

Formula Salute

PORTALE BENESSERE

SCOPRI I SERVIZI DI FORMULA SALUTE DEDICATI AL TUO BENESSERE

Grazie alla tua polizza **Formula Salute** puoi ora accedere ad un mondo di servizi innovativi pensati per la tua salute e il tuo benessere, in un'ottica di prevenzione continua.

Scopri quali sono e come puoi usufruirne.

PORTALE BENESSERE: UN MONDO DI SERVIZI A TE DEDICATI

A chi è dedicato

a tutti gli assicurati di **Formula Salute**.

Cos'è

una piattaforma dedicata, che ti consentirà di prenderti cura della tua salute grazie a numerosi servizi. Con la compilazione di un questionario digitale potrai ottenere un Percorso di Prevenzione costruito su misura per te per mantenere uno stile di vita sano ed effettuare una corretta prevenzione. Il Percorso di Prevenzione e il questionario digitale sono il frutto anche della collaborazione medica e scientifica con il Servizio Sanitario Nazionale, la Confederazione Associazioni Regionali di Distretto Regione Veneto e la SDG Medica Care.

A tua disposizione:

- il **questionario digitale** e il **Percorso di Prevenzione**;
- un **consulto con il Coach del Benessere**, un medico di medicina generale, per personalizzare il tuo Percorso di Prevenzione;
- il **calendario salute** per avere sempre monitorati gli appuntamenti e le visite legate alla tua salute;
- la **cartella medica digitale** per avere accesso ai dati raccolti tramite il questionario, lo storico delle attività svolte ed eventuali referti e ricette caricate autonomamente;
- la **convenzione esclusiva** sul servizio di consegna farmaci.

Come accedere

Vai al Portale Benessere all'indirizzo **https://benessere.gruppocattolica.it/bcc**.

Per accedere:

- **Formula Salute - *Persona***
  - il contraente assicurato può utilizzare le stesse credenziali dell'Area Riservata di Click2Go (inviate via mail o sms al momento della registrazione da parte della filiale);
  - l'assicurato (non contraente) deve registrarsi sul Portale Benessere seguendo le istruzioni.
- **Formula Salute - *Famiglia*** utilizzare le stesse credenziali dell'Area Riservata Click2Go (inviate via mail o sms al momento della registrazione da parte della filiale). Può accedere il solo contraente assicurato.
- **Formula Salute - *Azienda*** ciascun assicurato deve registrarsi sul Portale Benessere seguendo le istruzioni. Non possono essere utilizzate le stesse credenziali dell'Area Riservata Click2Go.

Assistenza Tecnica Portale Benessere

In caso di assistenza tecnica puoi contattare il: Numero Verde **800 471 800** TASTO (3) attivo dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20 e il sabato dalle 8 alle 13.

BCC Assicurazioni



BCC Assicurazioni

Formula Salute

PORTALE BENESSERE

SCOPRI I SERVIZI DI FORMULA SALUTE DEDICATI AL TUO BENESSERE

STRUTTURE MEDICHE CONVENZIONATE

Cosa sono

Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici convenzionati che forniscono le prestazioni sanitarie. Nei limiti di quanto previsto nel set informativo di **Formula Salute**, recandoti nei centri convenzionati Generali Welion di BCC Assicurazioni, la Compagnia provvederà al pagamento diretto delle prestazioni. Nella rete convenzionata con l'Italia rientrano anche i centri medici odontoiatrici.
Ricordati che per avere il pagamento diretto delle prestazioni devi prima di tutto contattare il:

Numero Verde
800 053 088
TASTO (2) – TASTO (1)

Come accedere

Scopri tutte le strutture convenzionate sul sito bccassicurazioni.com, nella sezione Prodotti - Per Privati - Persona - Formula Salute.

CARD SANITARIA: SCONTI PRESSO LE STRUTTURE MEDICHE CONVENZIONATE

Grazie alla tua Card Sanitaria, consegnata insieme alla polizza **Formula Salute**, puoi beneficiare di tariffe agevolate in qualsiasi momento per qualsiasi prestazione sanitaria anche se non assicurata. È sufficiente mostrare la tua Card presso i centri convenzionati Generali Welion di BCC Assicurazioni.

La Card Sanitaria è nominativa ed è valida per tutta la durata della polizza.

UN MEDICO SEMPRE A DISPOSIZIONE

A chi è dedicato

a tutti gli assicurati di **Formula Salute**.
Eccezione: **Formula Salute - *Azienda***.

Cos'è

Grazie a **Formula Salute** avrai a disposizione, senza necessità di prenotazione, 24 ore su 24, 7 giorni su 7, un medico di medicina generale per un teleconsulto e ricevere eventuali ricette bianche o referti.
Al termine del consulto riceverai via mail eventuali ricette bianche e/o referti che potrai caricare nella Cartella Medica del Portale Benessere per averla sempre aggiornata.

Come accedere

Puoi richiedere un consulto con un medico di medicina generale contattando il
Numero Verde **800 237 966**
e indicando il codice di riconoscimento **112233**.

Servizi forniti da Generali Welion S.c.a.r.l., anche per il tramite di società terze sue partner.

BCC Assicurazioni

BCC Assicurazioni S.p.A.
Sede legale: Maciachini Business Park - MAC 1 - Via Benigno Crespi 19, 20159 Milano - Italia - Pec bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
Tel. +39 02 46 62 75 - Cap. Soc. Euro 14.448.000,00 i.v. - C.F. e iscr. Reg. Imp. di MI n. 02652360237 - REA del C.C.I.A di Milano n. 1782224 - P.IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 26 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00124 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 333 del 13/09/1996, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 220 del 19/09/1996.
www.bccassicurazioni.com

Messaggio pubblicitario con finalità promozionali. Prima della sottoscrizione leggere il Set Informativo disponibile su www.bccassicurazioni.com e presso gli sportelli delle Banche di Credito Cooperativo.

Ed. 01/09/2022



BCC Assicurazioni

Formula Salute

VADEMECUM IN CASO DI IMPREVISTO

Alcuni semplici consigli e servizi a te dedicati
per esserti di aiuto in questo momento

COME FARE IN CASO DI SINISTRO

Per:

- avere assistenza nella denuncia del sinistro;
- conoscere le strutture convenzionate;
- ricevere le informazioni utili per il pagamento e il rimborso delle spese

chiama il numero:

Numero Verde **800 053 088**

(dall'estero 0039 02 24128883)

dal lunedì al venerdì 9 - 18

Qui di seguito ti riepiloghiamo le modalità da seguire in relazione ai servizi offerti da FORMULA SALUTE

Puoi rivolgerti a:

- uno dei centri convenzionati Generali Welion di BCC Assicurazioni
- un centro non convenzionato.

Centro convenzionato (PAGAMENTO DIRETTO)

1. chiama il numero verde **800 053 088** per conoscere il **centro convenzionato** più vicino a te. In questo modo non dovrai sostenere alcuna spesa!
2. prenota l'appuntamento presso la struttura scelta
3. almeno 7 giorni prima della visita contatta nuovamente il numero verde nella modalità che preferisci tra quelle sottoindicate, comunica l'appuntamento per denunciare il sinistro e garantire il pagamento delle prestazioni da parte di BCC Assicurazioni
4. ti verrà inviata una comunicazione via mail o sms a conferma dell'appuntamento e del pagamento diretto della tua prestazione.

Centro non convenzionato (RIMBORSO)

Se decidi di rivolgerti ad un centro non convenzionato ricordati che, oltre a pagare direttamente tu le spese e poi chiedere il rimborso, c'è uno scoperto del 20% con il minimo di 50 €. Quindi se la visita specialistica costa 100 € in questo caso ti verranno rimborsati 50 €. Una volta effettuata la visita, puoi presentare la richiesta di rimborso nella modalità che ti è più facile tra quelle elencate al paragrafo "Modalità per la denuncia".

PARTICOLARITÀ

CHECK UP (non previsto per Formula Salute Famiglia)

Formula Salute con il modulo PREVENZIONE ti offre la possibilità di fare un check up (o base o top) presso le **strutture convenzionate**. Scegli il check up che desideri fare tra quelli previsti nelle condizioni. Chiama il numero verde **800 053 088** per poter conoscere il centro convenzionato a te più vicino dove rivolgerti per eseguire il check up da te scelto. Prenota seguendo le modalità sopra indicate per i centri convenzionati, comunicando il pacchetto di check up scelto ed il relativo codice riportato nelle condizioni di assicurazione. Attendi conferma via mail o sms per il pagamento diretto.

Se il centro convenzionato dista più di 25 km da casa tua, previa autorizzazione della Centrale Operativa Benessere, puoi sceglierne uno a te più vicino. In questo caso dovrai chiedere il rimborso delle spese sostenute con il massimo di 100 €, in caso di check up base, e di 160 € in caso di check up top.

DENTAL

Ricorda che se devi richiedere una prestazione Dental potrai rivolgerti **solo** alle **strutture convenzionate** che puoi conoscere contattando il numero verde o consultando il sito bccassicurazioni.com, nella sezione Prodotti - Per Privati - Persona - Formula Salute.



Formula Salute

VADEMECUM IN CASO DI IMPREVISTO

Alcuni semplici consigli e servizi a te dedicati
per esserti di aiuto in questo momento

MODALITÀ PER LA DENUNCIA

Scegli la modalità che ti è più semplice e comoda

NUMERO VERDE

800 053 088 (dall'estero 0039 02 24128883)
dal lunedì al venerdì 9 - 18 • per assistenza nella denuncia del sinistro.

E MAIL

Invia mail a: **sinistrisalutebcc@welion.it**
La denuncia dovrà indicare: numero di polizza sulla quale aprire il sinistro, nome e cognome dell'assicurato, recapito telefonico, data della prestazione sanitaria o in caso di infortunio la data, il luogo accadimento e la descrizione del sinistro.

AREA RISERVATA (solo per richiesta di rimborso)

In autonomia, dalla tua area riservata del portale C2G click.bccassicurazioni.com. Seleziona la voce "Nuova Notifica", "Altri rami" e poi la polizza per la quale vuoi denunciare il sinistro. Compila i campi del modulo e allega eventuali documenti e foto.

FILIALE

Recati presso la tua filiale BCC di riferimento. Il gestore ti aiuterà nel denunciare quanto accaduto.

Potrai essere ricontattato dalla Compagnia per ulteriori informazioni o integrazioni.
Una volta aperto il sinistro, riceverai una comunicazione via mail o lettera con tutti i riferimenti utili per la gestione del tuo sinistro.

PER ESSERE SEMPRE AGGIORNATO

Puoi essere aggiornato sullo stato di avanzamento delle tue richieste accendendo alla tua Area Riservata su Click2Go oppure contattando un operatore al numero verde 800 053 088 o inviando una mail a sinistrisalutebcc@welion.it

Ed. 10/2022

BCC Assicurazioni

BCC Assicurazioni S.p.A. Sede Legale: Maciachini Business Park- MAC 1 - Via Benigno Crespi 19, 20159 Milano - Italia - Pec bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 02 46 62 75 - Cap. Soc. Euro 14.448.000,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Imp. di MI n. 02652360237 - REA del C.C.I.A di Milano n. 1782224 - P. IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi n. 26 - Albo Imprese IVASS n. 1.00124 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 333 del 13/09/1996, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 220 del 19/09/1996. www.bccassicurazioni.com

Messaggio pubblicitario con finalità promozionali. Prima della sottoscrizione leggere il Set Informativo disponibile su www.bccassicurazioni.com e presso gli sportelli delle Banche di Credito Cooperativo.

Polizza Malattia e Assistenza

Documento Informativo Precontrattuale (DIP) relativo al Prodotto Assicurativo

Società: Società BCC Assicurazioni

Prodotto: "FORMULA SALUTE - PERSONA/AZIENDA"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza tutela la salute delle persone assicurate in caso di malattia o infortunio e fornisce un sostegno al proprio patrimonio nel caso in cui venisse a mancare lo stato di benessere fisico e mentale per un periodo tale da comprometterne l'autosufficienza economica.

Che cosa è assicurato?

L'Impresa presta l'assicurazione nei limiti delle somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza.

Principali garanzie:

- v **Modulo PREVENZIONE:** è possibile scegliere tra due differenti offerte di check-up (BASE e TOP) al fine di diagnosticare precocemente la presenza di eventuali fattori di rischio, legati all'insorgere di una malattia, e servizi digitali finalizzati a delineare un percorso di prevenzione personalizzato.
- v **Modulo DIAGNOSI:**
  - v **Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici:** prevede il pagamento diretto, o il rimborso, delle spese sanitarie sostenute in caso di visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici eseguiti ambulatorialmente e indipendenti da ricovero o intervento chirurgico per: malattia, infortunio, gravidanza a rischio.
- v **Modulo CURA:**
  - v **Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery:** prevede il pagamento diretto, o il rimborso, delle spese sanitarie sostenute in seguito a ricovero o intervento chirurgico per: malattia, infortunio, parto.
  - v **Indennitaria:** indennità erogabili a seguito di infortunio e/o intervento chirurgico da infortunio, malattia, parto cesareo.
  - v **Malattie gravi:** corrisponde il capitale assicurato se all'Assicurato viene diagnosticata una delle malattie gravi o stato di coma indicati in Polizza;
  - v **Diaria da ricovero:** corrisponde all'Assicurato una diaria in caso di ricovero per: malattia, infortunio, parto.
- v **Modulo CONVALESCENZA:**
  - v **Diaria da convalescenza:** corrisponde all'Assicurato una diaria in caso di convalescenza prescritta a seguito di ricovero per: malattia, infortunio, parto cesareo, aborto terapeutico, donazione di organi.
  - v **Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa:** prevede il pagamento diretto, o il rimborso, delle spese sanitarie sostenute per trattamenti terapeutici e riabilitativi per infortunio o malattia, e la copertura di medicine e pratiche non convenzionali.
- v **Assistenza:** presenti prestazioni di assistenza per far fronte a situazioni di urgenza.

Sono previste estensioni di garanzia sempre operanti e sono acquistabili garanzie aggiuntive (valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza).

Il prodotto ha natura modulare di contenuto variabile e il Contraente, in aggiunta ai moduli obbligatori (PREVENZIONE e CURA) può scegliere quali moduli opzionali acquistare tra DIAGNOSI e CONVALESCENZA.

Che cosa non è assicurato?

Principali rischi non assicurati:

- x Infortuni, malattie (anche croniche e recidivanti) e stati patologici, noti e/o che abbiano dato origine a cure e/o a esami e/o diagnosticati prima della stipula del contratto;
- x Le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni o difetti fisici evidenti o diagnosticati prima della stipula del contratto, ad eccezione:
  - x della deviazione del setto o della piramide nasale, solo se resi necessari da infortunio avvenuto dopo la sottoscrizione del contratto e solo a seguito di presentazione di certificazione rilasciata dal centro di Pronto Soccorso e/o di esame radiografico attestante la frattura delle ossa nasali;
  - x gli interventi neonatali per la correzione di malformazioni congenite (nei primi 6 mesi di vita) se il neonato è assicurato dalla nascita o nato durante la vigenza della copertura della madre;
- x Le complicanze, le conseguenze dirette ed indirette, nonché i relativi postumi, di infortuni occorsi antecedentemente alla stipula del contratto;
- x Le spese sanitarie, gli interventi chirurgici e i ricoveri determinati da malattie mentali, disturbi psichici in genere e comportamenti nevrotici;
- x L'aborto volontario non terapeutico;
- x Il parto o le malattie da gravidanza o puerperio, se la gravidanza stessa ha avuto inizio prima della conclusione del contratto;
- x Le prestazioni e le terapie determinate da malattie trasmesse sessualmente.

Ci sono limitazioni alla copertura?

Principali limitazioni di garanzia:

- ! Esistono limiti di indennizzo, franchigie, scoperti specifici per singole garanzie.

Dove sono coperto dall'assicurazione?

- Le garanzie Salute (Modulo PREVENZIONE) hanno efficacia:
  - in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano;
- Le garanzie Salute (Modulo DIAGNOSI) hanno efficacia:
  - in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano;
  - all'estero per i casi di urgenza sanitaria;
- Le garanzie Salute (Moduli CURA, CONVALESCENZA) hanno efficacia:
  - in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano;
  - all'estero per interventi programmati e per necessità di cure;
- L'ambito di validità territoriale delle prestazioni di Assistenza viene riportata all'interno di ciascuna prestazione.

Che obblighi ho?

- Le dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento dell'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione.
- L'Assicurato deve rispondere in modo preciso e veritiero alle domande previste dal questionario anamnestico.
- L'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio e dare avviso dei sinistri a tutti gli assicuratori.
- L'eventuale sopravvenienza, in corso di contratto, di dipendenza da sostanze psicoattive, infezioni da HIV, dev'essere comunicata alla Società.

Quando e come devo pagare?

- Il premio è pagato anticipatamente e con rateazione indicata in Polizza.
- Il pagamento del premio può avvenire con le modalità consentite dalla legge e precisate dalla Società o dall'Intermediario con cui è concluso il Contratto di Assicurazione, che includono: ordini di bonifico e altri mezzi di pagamento bancario o postale nonché sistemi di pagamento elettronico e il pagamento mediante carte di credito sul sito internet dell'Impresa o dell'intermediario.
- La ricevuta del versamento o l'estratto conto costituiscono quietanza di pagamento.

Quando inizia e quando finisce la copertura?

- L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, salvo che in Polizza non sia prevista una decorrenza diversa.
- L'assicurazione ha la durata indicata nella Scheda di Polizza.
- Se non vengono pagati i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza insoluta e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.

Come posso disdire il contratto?

- Il contratto viene stipulato con clausola di tacito rinnovo. Alla scadenza il contratto viene rinnovato automaticamente per un altro anno. Il Contraente o la Società possono evitare il rinnovo inviando all'altra parte una comunicazione di disdetta.
- Inoltre, allo scadere di ciascuna rata di premio, anche mensile, il Contraente può recedere dal contratto con comunicazione scritta ricevuta dalla Società almeno 30 giorni prima della scadenza della rata di premio.
- Il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto di pagamento dell'indennizzo. Il recesso deve essere comunicato alla Società con raccomandata A.R. o posta elettronica certificata PEC con un preavviso di almeno 30 giorni.

BCC Assicurazioni S.p.A. - Sede legale: Maciachini Business Park - MAC 1 - Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano - Italia - Pec bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 02 46 62 75 Cap. Soc. Euro 14.448.000,00 i.v. - C.F. e iscr. Reg. Imp. di MI n. 02652360237 - REA del C.C.I.A di Milano n. 1782224 - P.IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 26 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00124 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 333 del 13/09/1996, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 220 del 19/09/1996.
www.bccassicurazioni.com

Polizza Malattia e Assistenza

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

BCC Assicurazioni Società per Azioni con socio unico

Prodotto:"FORMULA SALUTE - PERSONA/AZIENDA"

Data di aggiornamento: 06/10/2022 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Dati Societari

La Società ha sede legale e sede sociale in Italia, Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano - sito internet: www.bccassicurazioni.com - e-mail: bccassicurazioni@bccassicurazioni.bcc.it - PEC: bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it.
L'indirizzo a cui inviare eventuali comunicazioni e documentazione è: Bcc Assicurazioni S.p.A. - Servizio Vendite - Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona oppure Casella Postale 32 - Viale del Lavoro 8 - 37135 Verona.

Autorizzazione all'esercizio dell'impresa

La Società è stata autorizzata all'esercizio quale impresa di assicurazione a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile n° 966 Registro delle Imprese di Verona n° 00320160237. E' iscritta all'albo Imprese ISVAP n. 1.00012, società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 17,857 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 14,448 milioni di euro - il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 2,441 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 10,136 milioni di euro **(a)**;
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 4,23 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 23,736 milioni di euro **(b)**
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 23,736 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,34 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR)n **(b/a)**.
Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: http://www.bccassicurazioni.com/doc2/default.asp?i_archivioID=25345&i_cartellaID=55859&i_menuID=54511

Al contratto si applica la legge italiana

Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti ulteriori informazioni relative alle diverse coperture previste.
L'Impresa risponde nei limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente e dei limiti di indennizzo indicati nella Scheda di Polizza e/o nelle Condizioni di Assicurazione.
Esempio: la garanzia "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa" prevede un massimale pari a 2.000 euro per anno assicurativo.

Modulo PREVENZIONE:
L'Assicurato riceve la CARD SANITARIA per effettuare, a tariffe agevolate presso tutte le strutture convenzionate, eventuali ulteriori esami a sua scelta con costi a suo carico, in aggiunta ai servizi digitali ed al programma di check-up indicato nel DIP.

Modulo DIAGNOSI:
Relativamente alla garanzia "Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici", per le seguenti patologie:

- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto;

- ictus cerebro vascolare;

le prestazioni e gli ulteriori controlli che dovessero essere effettuati entro 5 anni dal primo intervento, o dall'intervento di recidiva, effettuato durante la validità del contratto, possono essere effettuati anche senza la prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica.

Modulo CURA:

Per la garanzia "Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery", sono coperte le spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche e onorari dei medici sostenuti nei 120 giorni precedenti al ricovero o l'intervento chirurgico e le spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, onorari dei medici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico. Per i trattamenti fisioterapici o rieducativi a seguito di ictus cerebrale, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica e morbo di Parkinson) il predetto termine viene elevato a 240 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale.
Sono inoltre in copertura le seguenti spese sostenute durante il ricovero: rette di degenza, escluse le spese di comfort e/o relative a bisogni non essenziali e/o non direttamente connesse alla cura o all'intervento (quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristoranti e simili), onorari del chirurgo e di ogni altro componente dell'equipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'assicurato, assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami.

Sono altresì sempre operanti le seguenti estensioni di garanzia:

- Diaria sostitutiva
- Spese per il trapianto d'organi
- Diaria per ricovero contemporaneo dei coniugi
- Bimbo in arrivo
- Medicina alternativa
- Spese per apparecchi ed ausili
- Spese per cure psicoterapiche
- Neonato
- Sostegno alle vittime di violenze fisiche
- Invio di un'ambulanza
- Elisoccorso
- Spese per l'accompagnatore
- Indennità per sopravvenienza di affezioni

Questa garanzia ha per oggetto le seguenti coperture:

- INDENNITARIA DA INFORTUNIO
- INDENNITARIA PER INTERVENTO CHIRURGICO DA INFORTUNIO, MALATTIA O PARTO CON TAGLIO CESAREO

INDENNITARIA DA INFORTUNIO
La Società copre l'Assicurato, limitatamente a quanto indicato nella "Tabella indennizzi indennitaria forfettaria da infortunio", esclusivamente per gli infortuni subiti nello svolgimento di attività extraprofessionali, cioè subiti:

- durante tutte le attività di normale vita domestica, sociale e di relazione, compresa l'esecuzione di lavori occasionali svolti per le normali esigenze familiari
- e la partecipazione ad attività di volontariato non retribuito.

Sono poi compresi gli infortuni subiti dall'Assicurato nel tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa e nel tragitto dalla sede dell'attività lavorativa fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa, purché l'infortunio avvenga durante il tempo necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, pubblici e privati.
Per casalinghe, studenti e pensionati la copertura è da intendersi H24.
INDENNITARIA DA INTERVENTO CHIRURGICO DA INFORTUNIO, MALATTIA O PARTO CON TAGLIO CESAREO
La Società assicura, in caso di intervento chirurgico dell'Assicurato, reso necessario da infortunio, da malattia o parto con taglio cesareo, il pagamento dell'Indennizzo indicato nell'apposita tabella e l'importo è prestabilito in misura fissa e forfettaria in base alla tipologia di intervento chirurgico. Incrociando le classi di appartenenza dell'intervento chirurgico e la somma forfettaria di indennizzo per classe, sarà possibile stabilirne la misura.
RISCHI SPORTIVI IN GARANZIA SENZA ALCUNA LIMITAZIONE
La garanzia vale per gli sport non professionistici di seguito indicati:

- Sport non agonistici: pratica di attività sportive a carattere ricreativo che non prevedano un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva. Sono compresi gli sport che comportino gli allenamenti e la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali e gli eventi avvenuti durante la pratica di sport (escluso il ciclismo) che prevedano un preventivo tesseramento alle federazioni sportive o enti di promozione sportiva, ma si sono verificati in ambito non agonistico (gare ed allenamenti);
- Sport agonistici a basso rischio: partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti, anche con preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva dei seguenti sport: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela;
- Alpinismo su roccia fino al 5° grado della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), e scalata di ghiaccio fino al grado II - 3 della Scala Canadese, purché non avvengano in solitaria e con esclusione comunque del free climbing.

RISCHIO VOLO
L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i voli di linea regolari e i charter entrambi eserciti da Società di Traffico Aereo Regolare (il cui elenco è rilevabile dalla pubblicazione "Flight Guide Worldwide" - OAG), a condizione che non siano eserciti da Società e/o aziende di lavoro aereo in occasioni di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclubs.
L'assicurazione opera dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile fino al momento in cui ne è disceso.
Sono considerati infortuni anche quelli occorsi per imprudenza o negligenza grave dell'Assicurato in qualità di passeggero.
RISCHIO GUERRA
La garanzia è estesa agli infortuni in connessione ad atti di guerra, guerra civile, di insurrezione, di occupazione militare, per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno Stato estero.
ULTERIORI RISCHI ASSICURATI
Relativamente alla garanzia indennitaria da infortunio, sono inoltre sempre compresi:

a. asfissia di origine non morbosa;
b. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
c. annegamento;
d. assideramento o congelamento;
e. colpi di sole o di calore, colpi di freddo;
f. le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
g. infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'Art. 1900 del codice civile);
h. infortuni causati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva (in deroga all'Art. 1912 del codice civile);
i. infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, non provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
j. lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie.

Per la garanzia "Malattie gravi", le malattie gravi o stato di coma che garantiscono la corresponsione del capitale assicurato sono raggruppati nelle seguenti tre classi:

CLASSE PRIMA
- Infarto del miocardio (con menomazione della funzionalità cardiaca);
- Ictus (con deficit neurologico permanente);
- Insufficienza renale cronica;

CLASSE SECONDA
- Cancro (esclusi i casi meno avanzati);
- Trapianto di organi;

CLASSE TERZA
- Sclerosi multipla (di determinata gravità);
- Demenza avanzata (inclusa la malattia di Alzheimer);
- Morbo di Parkinson (di determinata gravità);
- Malattia del motoneurone (di determinata gravità);
- Coma (di durata non inferiore a 4 giorni);

Per la garanzia "Diaria da ricovero", si precisa che in caso di ricovero in terapia intensiva per almeno 3 giorni, con necessità di assistenza ventilatoria, in aggiunta alla diaria, sarà liquidata un'indennità forfettaria pari a 1.000 euro per testa assicurata.
La diaria viene raddoppiata in caso di ricovero a seguito di:
- uno dei grandi interventi chirurgici indicati nell'elenco "Grandi interventi chirurgici";
- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto;
- ricovero in terapia intensiva.

Inoltre, la diaria viene corrisposta in misura pari al 150% in caso di day hospital o day surgery.
L'indennità per ricovero è corrisposta:

a) con le seguenti maggiorazioni, non cumulabili tra di loro, rispetto all'importo di "Diaria da ricovero" indicato nella Scheda di Polizza:
   - 50% a partire dal quindicesimo giorno successivo a quello del ricovero; oppure
   - 100% a partire dal trentesimo giorno successivo a quello del ricovero; oppure
   - 100% per ogni giorno di degenza in reparti di cura intensiva;
b) aumentata del 50% in più rispetto all'importo "Diaria da ricovero" indicato nella Scheda di Polizza, se l'istituto di cura è situato all'estero.

Si precisa che le maggiorazioni di cui alla lettera a) sono erogabili solo se l'istituto di cura è situato in Italia, e non sono cumulabili con la maggiorazione prevista alla lettera b).

E' altresì sempre operanti l'estensione di garanzia "Diaria per ricovero contemporaneo dei coniugi".

Modulo CONVALESCENZA:

Per la garanzia "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa" la copertura è operante in caso di trattamenti terapeutici e riabilitativi eseguiti ambulatorialmente e non in regime di ricovero. Mentre i farmaci e pratiche non convenzionali in copertura sono le seguenti:

- agopuntura;
- osteopatia;
- chiropratica;
- medicina omeopatica;

purché prescritte da medico chirurgo abilitato all'esercizio della professione e riconosciuto dal SSN e praticate da specializzato nella medicina alternativa interessata.

Sezione ASSISTENZA:

Per ciascuno modulo, sono previste specifiche prestazioni di assistenza come di seguito indicato.

Modulo PREVENZIONE:

- Consulenza medica telefonica
- Consulenza medica specialistica telefonica
- Segnalazione di un medico specialista
- Ricerca e prenotazione di centri specialistici e diagnostici
- Informazioni sanitarie e farmaceutiche

Modulo DIAGNOSI:

- Ricerca e prenotazione di centri specialistici e diagnostici
- Medical second opinion
- Invio di un pediatra
- Informazioni utili a favore di partorienti
- Informazioni banca cellule staminali del cordone ombelicale
- Consulenza telefonica psicologica a seguito diagnosi sfavorevole
- Segnalazione psicologo per sospetto mobbing

Modulo CURA:

- Invio di un medico generico
- Organizzazione visita pediatrica a domicilio
- Invio di un'ambulanza
- Trasporto in ambulanza dopo il ricovero di primo soccorso
- Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
- Accompagnatore in caso di trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
- Monitoraggio del ricovero ospedaliero
- Assistenza presso istituto di cura (veglie)
- Assistenza per familiari non autosufficienti
- Invio di un autista
- Invio baby sitter
- Accompagnamento a scuola
- Accompagnamento attività extra-scolastiche
- Custodia animali domestici
- Segnalazione insegnante on-line
- Custodia del veicolo a seguito ricovero
- Protezione abitazione a seguito ricovero
- Organizzazione, trasferimento e soggiorno per grandi interventi o terapie
- Organizzazione, trasferimento e soggiorno in caso di ricovero del figlio neonato
- Prolungamento del soggiorno
- Viaggio di un familiare
- Assistenza ai minori di anni 14
- Rientro anticipato
- Rientro sanitario
- Rientro sanitario con un familiare
- Rientro dell'Assicurato convalescente
- Rientro dei familiari
- Rientro familiari viaggiatori
- Telefarmacologia
- Interprete all'estero
- Invio medicinali, protesi e occhiali
- Anticipo spese di prima necessità

Modulo CONVALESCENZA:

- Assistenza Domiciliare Integrata
- Rientro dal centro ospedaliero attrezzato
- Accompagnatore in caso di rientro dal centro ospedaliero attrezzato
- Invio infermiere a domicilio
- Ricerca fisioterapista convenzionato
- Servizio di fisioterapia a domicilio
- Servizi sanitari a domicilio
- Consegna farmaci

- Fornitura di attrezzature mediche
- Conciergerie per visite mediche o cicli di terapie
- Consulenza per adeguamento abitazione a seguito di invalidità permanente
- Trasporto della salma
- Autista a disposizione
- Invio baby sitter
- Invio dog sitter
- Accompagnamento a scuola
- Accompagnamento attività extra-scolastiche
- Segnalazione insegnante on-line
- Collaboratrice familiare
- Spesa a casa
- Pagamento utenze domiciliari
- Consulenza telefonica con nutrizionista
- Segnalazione personal trainer
- Pulizia e riassetto dell'abitazione
- Telefarmacologia
- Interprete all'estero
- Invio medicinali, protesi e occhiali
- Anticipo spese di prima necessità

Modulo CONVALESCENZA:

- Assistenza Domiciliare Integrata
- Rientro dal centro ospedaliero attrezzato
- Accompagnatore in caso di rientro dal centro ospedaliero attrezzato
- Invio infermiere a domicilio
- Ricerca fisioterapista convenzionato
- Servizio di fisioterapia a domicilio
- Servizi sanitari a domicilio
- Consegna farmaci
- Fornitura di attrezzature mediche
- Conciergerie per visite mediche o cicli di terapie
- Consulenza per adeguamento abitazione a seguito di invalidità permanente
- Trasporto della salma
- Autista a disposizione
- Invio baby sitter
- Invio dog sitter
- Accompagnamento a scuola
- Accompagnamento attività extra-scolastiche
- Segnalazione insegnante on-line
- Collaboratrice familiare
- Spesa a casa
- Pagamento utenze domiciliari
- Consulenza telefonica con nutrizionista
- Segnalazione personal trainer
- Pulizia e riassetto dell'abitazione

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Alta diagnostica (Modulo DIAGNOSI)	La garanzia prevede il pagamento diretto, o il rimborso, delle spese sanitarie sostenute per le prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione, elencate in Polizza, indipendenti da ricovero o intervento chirurgico, per malattia o infortunio. Per le seguenti patologie: • neoplasie maligne; • infarto miocardico acuto; • ictus cerebro vascolare; le prestazioni e gli ulteriori controlli che dovessero essere effettuati entro 5 anni dal primo intervento, o dall'intervento di recidiva, effettuato durante la validità del contratto, possono essere effettuati anche senza la prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica.
Riposo terapeutico domiciliare (Modulo CURA)	Per le patologie indicate in Polizza, sempreché siano insorte dopo la stipula del contratto, per le quali non ci sia stato un ricovero o un intervento chirurgico, anche di tipo ambulatoriale e sia prescritto dal medico che ha in cura l'Assicurato un riposo terapeutico domiciliare per non compromettere la guarigione clinica, viene corrisposto all'Assicurato l'indennizzo indicato in Polizza.

Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare (Modulo CURA)	Nel caso in cui all'Assicurato venga diagnosticata una delle seguenti patologie: • ictus; • infarto; • malattia oncologica; • malattie rare; • oppure versi in uno stato di coma; è previsto il rimborso delle spese sostenute e certificate dall'Assicurato, non strettamente di natura sanitaria; l'organizzazione di trasferimenti e soggiorni per cicli di terapie; la copertura del test "FoundationOne CDx e FoundationOne Liquid CDx" per la profilazione genomica delle malattie oncologiche.
Dental (Modulo CURA)	È prevista la copertura delle prestazioni odontoiatriche indicate in Polizza esclusivamente presso le strutture convenzionate.
Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare (Modulo CONVALESCENZA)	Nel caso in cui all'Assicurato venga diagnosticata una delle seguenti patologie: • ictus; • infarto; • malattia oncologica; • malattie rare; • oppure versi in uno stato di coma; è previsto il rimborso delle spese sostenute e certificate dall'Assicurato, non strettamente di natura sanitaria; l'organizzazione di trasferimenti e soggiorni per cicli di terapie.
Prestazioni di servizio (Modulo CONVALESCENZA)	Sono in copertura le seguenti prestazioni di servizio: • Infermiere a domicilio; • Servizio di fisioterapia a domicilio; • Autista a disposizione; • Accompagnamento per visite mediche o cicli di terapia.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	**Sezione SALUTE:**
	Oltre a quanto indicato nel DIP, l'assicurazione non è operante per:
	• la diagnosi e la cura della sterilità e dell'impotenza (salvo la cura dell'idrocele e del varicocele con un limite di 800 euro per sinistro, e per tutta la durata della copertura assicurativa, comprese eventuali sostituzioni), e le procedure per la fecondazione assistita;
	• i vaccini e/o i medicinali correlati a prestazioni di routine;
	• i trattamenti medici o chirurgici non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS (c.d. protocolli sperimentali), quelli non effettuati da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
	• i farmaci non compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, nonché i medicinali omeopatici e galenici;
	• le spese relative a prestazioni di logopedia, salvo il caso in cui siano rese necessarie da ictus e/o siano conseguenza di traumi o interventi chirurgici all'encefalo e nervi cranici
	• le prestazioni aventi finalità estetica, fitoterapiche e dimagranti e relative conseguenze, salvo i casi di
	  • interventi di chirurgia bariatrica, nei casi di obesità di III grado (indice di massa corporea superiore a 40) insorti in vigenza di Polizza;
	  • interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio (è esclusa in ogni caso la manutenzione delle protesi);
	  ferme le esclusioni indicate al secondo punto nel DIP circa le prestazioni sanitarie, le cure, gli interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni o difetti fisici;
	• check-up di medicina preventiva;
	• terapie e cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo e ortodontico, nonché del paradonto, con o senza intervento chirurgico, salvo quelle rese necessarie da malattie neoplastiche o da infortunio, effettuate in regime di ricovero, day hospital, Intervento Ambulatoriale, e salvo quanto indicato nell'art. SC17 "Dental" se acquistato;
	• i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
	• le patologie e le intossicazioni causate da intossicazione cronico alcolica, da abuso di psicofarmaci, da uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
	• gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi, legati ai disturbi d'identità sessuale;
	• le prestazioni finalizzate alla prevenzione delle patologie familiari;
	• ricoveri in case di terapie termali, centri idroterapici, centri del benessere, dietologici, ricoveri in case di riposo, case di soggiorno e di convalescenza; restano compresi i ricoveri nelle case di convalescenza, salvo quanto indicato all'art. SP2 "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa" se acquistato;

- le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio per televisione, bar, e simili;
- le protesi in genere nonchè l'acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, salvo quanto espressamente indicato all'art. SC3 "Estensioni sempre operanti - extra" (per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery") alla voce "Spese per apparecchi ed ausili";
- day hospital a finalità diagnostica, non direttamente connesso con un ricovero o un intervento chirurgico, salvo se acquistate le garanzie di cui agli art. SD1 "Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici" e art. SD2 "Alta diagnostica";
- le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Sono inoltre esclusi gli infortuni causati da:

- guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanza allucinogene;
- da azioni o comportamenti direttamente correlati a: epilessia e sintomi epilettoidi, AIDS, sieropositività da HIV, Parkinson, Alzheimer;
- guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- pratica di sport pericolosi come: arti marziali, rugby, pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, hockey a rotelle e su ghiaccio, football americano; sport con autoveicoli, motoveicoli, natanti a motore o motonautici, a meno che non si tratti di competizioni di regolarità pura; sport aerei compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); scalata di roccia o di ghiaccio in solitaria, sci d'alpinismo compreso lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista (sono compresi invece se effettuati ai margini delle piste da sci battute), motoslitta, guidoslitta, bob (salvo piccole slitte carenate con fondo piatto per bambini), arrampicata libera (free climbing), salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo; uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti con cascate, rafting (eccetto quando sia presente un istruttore);gli sport cosiddetti "estremi" (ad esempio: canyoning, bungee jumping, spedizioni esplorative in genere, regate oceaniche, hydrospeed); body bulding/culturismo, intesi come ginnastica associata all'uso di integratori alimentari e farmacologici (non rientra in tale definizione l'uso di attrezzi in palestra per finalità atletiche e fisiche).
  Sono esclusi anche: l'alpinismo, la speleologia e le immersioni subacquee svolte con modalità diverse da quelle indicate alla lettera c) dell'art. SC5 "Rischi sportivi in garanzia senza alcuna limitazione" ed ai punti 2, 3 e 4 dell'art. ES2 - "Limitazioni relative ai rischi sportivi".
  L'indicazione degli sport è esemplificativa e non limitativa.
  L'esclusione ne comprende anche altri non qui elencati, ma riconosciuti come parimenti pericolosi.
- pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, e/o relativi allenamenti, o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;

e gli infortuni:

- subiti in stato di intossicazione cronica alcoolica, tossicodipendenza;
- accaduti ad Assicurati soggetti a malattie mentali, disturbi psichici in genere e comportamenti nevrotici;
- accaduti durante lo svolgimento del servizio militare volontario per mobilitazione.

L'assicurazione infine non è operante per:

- le prestazioni successive alla data di scadenza, o di anticipata cessazione della Polizza, anche se la malattia si è manifestata, o l'infortunio è avvenuto, durante il periodo di validità della garanzia;
- le conseguenze di guerra o di guerra civile, dichiarata e non, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale, qualsiasi atto di terrorismo, se l'Assicurato ne ha preso parte attiva. L'esclusione non opera se viene presentata documentazione idonea a dimostrare che non vi è nesso causale tra lo stato di guerra ed il sinistro;
- inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- le conseguenze derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo provocata dall'accelerazione artificiale delle particelle atomiche;
- le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
- le malattie e gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose o comunque dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonchè le imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana.

INFORTUNI DERIVANTI DALLA PRATICA DI SPORT: LIMITAZIONI SPECIFICHE
Per gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport:

- Sport agonistici in genere: la partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque sport diverso da quelli definiti a "basso rischio", che preveda un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva;
- Alpinismo su roccia oltre il 5° grado della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), e scalata di ghiaccio oltre il grado II - 3 della Scala Canadese, purché non avvengano in solitaria e con esclusione comunque del free climbing;
- Speleologia, non a carattere professionale, purché effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzatura;
- Immersioni subacquee con uso di autorespiratore: sono comprese le conseguenze derivanti dalla pressione dell'acqua e di embolie gassose, a condizione che non siano dovute allo svolgimento di attività professionale.

La copertura opera a condizione che l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione legalmente autorizzata, oppure durante lo svolgimento di corsi di abilitazione con presenza di istruttore;

l'indennizzo previsto viene ridotto della metà.

Sezione ASSISTENZA:
Sono esclusi dalle prestazioni i sinistri causati o dipendenti dai casi sotto indicati:

- dolo dell'Assicurato;
- malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- malattie nervose e mentali, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della Polizza e già conosciute dall'assicurato (malattie preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzie assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso assicurato, nel corso del precedente contratto;
- le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio;
- suicidio o tentato suicidio;
- infortuni avvenuti anteriormente la data di decorrenza della copertura;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
- espianto e/o trapianto di organi;
- ricerca o soccorso in mare, montagna, deserto;
- guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- nei paesi in cui sia in vigore lo stato di guerra, dichiarata o di fatto.

Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni, si indicano di seguito le limitazioni di garanzia delle sezioni/moduli presenti in Polizza.
Si precisa che per le prestazioni SALUTE valide all'estero, è prevista l'applicazione dello scoperto indicato nelle Condizioni di Polizza.

Modulo PREVENZIONE:
Check-up: se non presente una struttura convenzionata nel raggio di 25 km dalla residenza dell'Assicurato, le prestazioni potranno essere effettuate presso qualsiasi struttura con richiesta di rimborso della spesa sostenuta fino ad un massimo di 100 euro in caso di "Check-up" Base e di 160 euro in caso di "Check-up" Top.

Modulo DIAGNOSI:
Per le garanzie del presente Modulo, prevista applicazione dello scoperto del 20% con il minimo di 50 euro per la garanzia "Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici" e di 100 euro per la garanzia "Alta diagnostica" in caso di rimborso delle spese sostenute presso istituti di cura non convenzionati (si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia).

Modulo CURA:
Per le garanzie "Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery", prevista applicazione dello scoperto del 20% in caso di rimborso delle spese sostenute presso istituti di cura non convenzionati. Tale scoperto è operante anche per le estensioni di garanzia come indicato nelle Condizioni di Polizza. (si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia).
Per l'estensione sempre operante "Diaria sostitutiva" sono esclusi gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, la lungodegenza (RSA) per le cure di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche;

Per l'estensione sempre operante "Diaria da ricovero contemporaneo dei coniugi", in caso di acquisto congiunto delle garanzie:
- "Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery";
- "Diaria da ricovero";

la presente estensione di garanzia non è cumulabile e quindi applicabile una sola volta.
Per l'estensione sempre operante "Spese per l'accompagnatore", la garanzia è prestata solamente se l'Assicurato è minore di 18 anni per i seguenti interventi chirurgici:
- interventi su tonsille e adenoidi, appendici, emorroidi, varici, ernie, cataratta;
- parto cesareo;
- parto naturale.

Per la garanzia "Malattie gravi", la copertura non sarà più operante per un periodo di 6 mesi (cd. "periodo di riqualificazione") a decorrere dalla data della prima diagnosi.
Dopo la diagnosi di una prima malattia grave o stato di coma, non sono più in copertura le malattie gravi o gli stati di coma appartenenti alla stessa classe della prima malattia grave o stato diagnosticato e/o che siano conseguenza degli stati patologici che hanno causato il primo sinistro.
Trascorso il periodo di riqualificazione la copertura sarà nuovamente operante con un capitale assicurato ridotto all'80% del capitale inizialmente assicurato ed esclusivamente per le malattie gravi o stato di coma che non appartengano alla stessa classe della prima malattia grave o stato diagnosticato
e/o non sono conseguenza degli stati patologici che hanno causato il primo sinistro.
La garanzia cessa di avere efficacia dopo la denuncia del secondo sinistro indennizzabile a termini di Polizza.
Per la garanzia "Diaria da ricovero", l'indennità viene corrisposta per massimo 5 giorni in caso di ricovero per:
- interventi su tonsille e adenoidi;
- parto naturale;
- parto cesareo;
- aborto a seguito di infortunio.

Modulo CONVALESCENZA:

La garanzia "Diaria da convalescenza" non opera per interventi a tonsille, vegetazioni adenoidi, parto non cesareo e malattie dipendenti da gravidanza. La garanzia non è operante qualora la degenza sia avvenuta in regime di day hospital.
Per la garanzia "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa", è prevista l'applicazione dello scoperto del 20% in caso di rimborso delle spese sostenute presso istituti di cura non convenzionati (si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia)

Sezione ASSISTENZA:

Per le prestazioni di Assistenza, previsto limite massimo di erogabilità indicato nelle Condizioni di Polizza.
Le prestazioni di Assistenza sono organizzate dalla Struttura Organizzativa con costi a carico della Società entro i massimali indicati nelle Condizioni di Polizza. Qualora parte o tutto il costo della prestazione rimanga a carico dell'Assicurato, è esplicitato all'interno di ogni singolo articolo.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro** **Sezione SALUTE:** • Per effettuare le prestazioni di check-up, l'Assicurato potrà prenotare direttamente presso la struttura prescelta, comunicando il pacchetto prescelto ed il relativo codice, e contattando successivamente la Centrale Operativa Benessere che dovrà autorizzare la prestazione inviando conferma di presa in carico diretta. • Per beneficiare delle garanzie che prevedono il pagamento diretto presso gli istituti di cura convenzionati, l'Assicurato, o i suoi familiari, dovranno preventivamente contattare telefonicamente la Centrale Operativa Benessere indicando la prestazione di cui intende usufruire. • Per beneficiare delle garanzie che prevedono il rimborso delle spese sostenute o per richiedere le indennità e diarie previste in Polizza, l'Assicurato dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, denunciare il sinistro telefonando alla Centrale Operativa Benessere. Recapiti Centrale Operativa Benessere: dall'Italia al numero verde 800 053 088, dall'estero al numero 02 24 128 883. In alternativa si potrà fare riferimento: • all'area riservata del portale **C2G click.bccassicurazioni.com** alla voce "Nuova Notifica", "Altri rami"; • alla Filiale BCC di riferimento ed effettuare le richieste con l'aiuto del gestore; • all'indirizzo mail: **sinistrisalutebcc@welion.it**

	Sezione ASSISTENZA e Prestazioni organizzative all'interno della sezione SALUTE: • l'Assicurato deve preventivamente contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, che interviene direttamente o ne deve autorizzare esplicitamente l'effettuazione. Recapiti Struttura Organizzativa: dall'Italia al numero verde 800 053 088, dall'estero al numero 02 24 128 883.
	Assistenza diretta/in convenzione: L'Assicurato può scegliere di avvalersi di istituti di cura convenzionati con la Società: • sul territorio nazionale: circuito "Generali Welion S.c.a.r.l."; l'elenco è visibile sul sito istituzionale della Società; • all'estero: Rete internazionale; l'elenco è visibile sul sito istituzionale della Società.
	Gestione da parte di altre imprese: La gestione delle prestazioni di ASSISTENZA e delle prestazioni organizzative della sezione SALUTE è affidata a IMA Servizi Scarl, Società di servizi, Piazza Indro Montanelli, 20 - 20099 Sesto San Giovanni (MI.)
	Prescrizione Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non ci sono indicazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP.
Obblighi dell'impresa	**Sezione SALUTE:** Per le garanzie che prevedono il rimborso delle spese sostenute o il riconoscimento di una indennità o diaria, la Società, ricevuta tutta la documentazione richiesta, verifica l'indennizzabilità entro 30 giorni lavorativi dalla data di ricevimento della denuncia, nel caso la documentazione medica presentata risulti esaustiva. In caso contrario, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato e il termine di 30 giorni lavorativi decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione completa. Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 10 giorni lavorativi. Nel caso in cui la Società non ritenga indennizzabile il sinistro, ne darà comunicazione all'Assicurato entro 10 giorni lavorativi dall'accertamento. Con riferimento alla garanzia "Malattie gravi", in cui ai fini dell'indennizzabilità è necessario valutare le condizioni generali di salute dell'Assicurato, è previsto un termine di 50 giorni che decorre dalla data di effettuazione dell'accertamento medico-legale o eventuale visita cui la Società sottopone l'Assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato il capitale verrà liquidato ai suoi eredi. Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 30 giorni lavorativi. Nel caso in cui la Società non ritenga indennizzabile il sinistro, ne darà comunicazione all'Assicurato entro 30 giorni dall'accertamento.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Nelle circostanze previste dal contratto, potrebbe verificarsi il caso che la Società debba restituire al Contraente o all'Assicurato una parte del premio, quando esso risulti pagato ma non goduto per la durata totale della copertura.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Oltre quanto già indicato nel DIP Danni si precisa che: • per le conseguenze di Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarate dall'Assicurato nel Questionario Anamnestico ed eccezionalmente accettate dalla Società, l'assicurazione ha effetto dal 180° giorno successivo a quello del pagamento del premio; • relativamente alla malattia COVID 19 insorta dopo la sottoscrizione del contratto, l'assicurazione ha effetto dal 30 ° giorno successivo a quello del pagamento effettivo del premio; • per la garanzia "Dental", l'assicurazione ha effetto dal 90° giorno successivo a quello del pagamento del premio; • per la garanzia "Malattie gravi", l'assicurazione ha effetto dal 90° giorno successivo a quello del pagamento del premio.

Sospensione	Non prevista.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Entro 14 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa il Contraente può recedere dal contratto e ricevere in restituzione il premio pagato e non goduto al netto delle imposte. Per avvalersi di questo diritto, il Contraente dovrà comunicare la sua decisione di recedere dal contratto. Dopo aver ricevuto la comunicazione sopraindicata, la Società provvederà a rimborsare il Contraente. Il premio da rimborsare viene determinato sulla base di quanto previsto all'art. CG11 "Premio pagato e non goduto". Articolo applicabile esclusivamente a contratti promossi e collocati con tecniche di vendita a distanza (regolamento IVASS ex ISVAP n. regolamento 40/2018 e codice del consumo).
Risoluzione	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

A chi è rivolto questo prodotto?

A tutti i soggetti (in qualità di Assicurato trattasi di persone fisiche, in qualità di Contraente sia persone fisiche che persone giuridiche) che desiderano tutelare la propria salute in caso di malattia o infortunio o beneficiare di un sostegno economico nel caso in cui venisse a mancare lo stato di benessere fisico e mentale per un periodo tale da comprometterne l'autosufficienza economica.
In particolare, la Formula PERSONA è rivolta a chi ha bisogno di una protezione completa e personalizzata con le garanzie presenti nei Moduli PREVENZIONE, DIAGNOSI, CURA e CONVALESCENZA.

Quali costi devo sostenere?

- **Costi di intermediazione**

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni percepite dagli intermediari:

Tutti i rischi	23,0 %

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: *BCC Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami* *c/o Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.* *Servizio Reclami* *Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona (Italia)* *Fax: 02/21072280* *Email: reclami@bccassicurazioni.bcc.it* indicando i seguenti dati: - nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente; - numero della polizza e nominativo del Contraente; - numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento; - indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. La Società' gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
All'IVASS	*In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec:* ***ivass@pec.ivass.it*** *. Info su:* ***www.ivass.it***
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	*Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito* ***www.giustizia.it****. (Legge 9/8/2013, n. 98).* **Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale**
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. **Facoltativa**

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	**Sezione SALUTE:** Se tra la Società e l'Assicurato insorgono eventuali controversie di natura medica, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici. L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali. Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato. Il collegio medico può, se lo ritiene opportuno, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso. Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta, anche solo a maggioranza, dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte il cui perito, anche dissenziente, non l'abbia sottoscritta. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico. Resta fermo il diritto dell'Assicurato di rivolgersi all'autorità giudiziaria per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo senza sottoporre le stesse ad alcun arbitrato. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

BCC Assicurazioni S.p.A. - Sede legale: Maciachini Business Park - MAC 1 - Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano - Italia - Pec bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 02 46 62 75 Cap. Soc. Euro 14.448.000,00 i.v. - C.F. e iscr. Reg. Imp. di MI n. 02652360237 - REA del C.C.I.A di Milano n. 1782224 - P.IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 26 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00124 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 333 del 13/09/1996, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 220 del 19/09/1996.
www.bccassicurazioni.com

Formula Salute *Azienda*

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione

Ed. 06/10/2022, redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018, devono essere consegnate unitamente ai Documenti Informativi Precontrattuali:

- **DIP Danni, Ed. 06/10/2022**
- **DIP aggiuntivo Danni, Ed. 06/10/2022**

INDICE

GLOSSARIO 4

TERMINI GENERALI E VOCI SPECIFICHE 10

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 13

NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE 13

SEZIONE SALUTE 19

Modulo PREVENZIONE 19
1. Cosa è assicurato 19
Art. SPR1 Check-Up 19
Art. SPR2 Portale Benessere 22

Modulo DIAGNOSI 25
1. Cosa è assicurato 25
Art. SD1 Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici 25
2. Opzioni aggiuntive con aumento del premio 26
Art. SD2 Alta diagnostica 26

Modulo CURA 29
1. Cosa è assicurato 29
A) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery 29
Art. SC1 Oggetto della garanzia 29
Art. SC2 Estensioni di garanzia sempre operanti - base 30
Art. SC3 Estensioni di garanzia sempre operanti - extra 31

B) Indennitaria 33
Art. SC4 Oggetto della garanzia 33
Art. SC5 Rischi sportivi in garanzia senza alcuna limitazione 34
Art. SC6 Rischio volo 34
Art. SC7 Rischio guerra 35
Art. SC8 Altri rischi assicurati 35

C) Malattie gravi 35
Art. SC9 Oggetto della garanzia 35
Art. SC10 Carenza 35
Art. SC11 Periodo di riqualificazione e limitazione di garanzia dopo il primo sinistro 35
Art. SC12 Limitazione di garanzia dopo il secondo sinistro 36

D) Diaria da ricovero 36
Art. SC13 Oggetto della garanzia 36
Art. SC14 Estensioni di garanzia sempre operanti 37

2. Opzioni aggiuntive con aumento del premio 37
Art. SC15 Riposo terapeutico domiciliare 38
Art. SC16 Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare 38
Art. SC17 Dental 39

Modulo CONVALESCENZA 41
1. Cosa è assicurato 41
Art. SP1 Diaria da convalescenza 41
Art. SP2 Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa 41

2. Opzioni aggiuntive con aumento del premio 42
Art. SP3 Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare 42
Art. SP4 Prestazioni organizzative di servizio 43

Cosa non è assicurato e limiti di copertura 44
Art ES1 Esclusioni 44

Art ES2 Limitazioni relative ai rischi sportivi 46

SEZIONE ASSISTENZA 47

Art. AS1 Come attivare le prestazioni 47
Modulo PREVENZIONE 48
Cosa è assicurato 48
Modulo DIAGNOSI 50
Cosa è assicurato 50
Modulo CURA 53
Cosa è assicurato 53
Modulo CONVALESCENZA 63
Cosa è assicurato 63
Condizioni di operatività 71
Cosa non è assicurato e limiti di copertura 72

OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO "COSA FARE IN CASO DI..." 73

Sezione Salute: che obblighi ho? 73
Sezione Assistenza: che obblighi ho? 79

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI 82

TABELLA 1 INDENNIZZI - ASSICURAZIONE INDENNITARIA DA INFORTUNIO 84

TABELLA 2 INDENNIZZI - ASSICURAZIONE INDENNITARIA DA INTERVENTO CHIRURGICO 89

GLOSSARIO

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti il contratto, le Parti attribuiscono il seguente significato:

Aborto terapeutico
Interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.

Accertamento diagnostico
Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Arbitrato
L'Istituto con il quale le parti, di comune accordo, rinunciano ad adire l'Autorità giudiziaria ordinaria per la risoluzione di vertenze concernenti l'interpretazione o l'esecuzione del contratto.

Assicurato
La persona fisica il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione. Si intendono come tali le persone fisiche singole o appartenenti al nucleo familiare del contraente persona fisica, oppure lavoratori, dirigenti, collaboratori, soci e associati nel caso di contraente persona giuridica o ente.

Assicurazione
Il contratto di assicurazione.

Assistenza
L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito dalla Società tramite la propria struttura organizzativa all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro.

Assistenza infermieristica
L'assistenza infermieristica prestata da personale sanitario fornito di specifico diploma.

Calendario Salute
Funzionalità del Portale Benessere per la gestione del calendario degli eventi legati alla salute, derivanti dal Percorso di Prevenzione o inseriti autonomamente dall'Assicurato.

Carenza
Il periodo di tempo, riferibile alla sola prima annualità assicurativa e immediatamente successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale le coperture assicurative non sono operanti.

Cartella clinica
Documento ufficiale, avente natura di atto pubblico o altra documentazione medica equivalente, redatta durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità dell'Assicurato per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

Cartella Medica
Funzionalità del Portale Benessere che permette di avere una vista di sintesi dei dati medici e personali dell'Assicurato raccolti tramite Questionario Digitale e interazioni con il Portale Benessere e i referti e/o ricette caricati autonomamente dall'Assicurato.

Centrale Operativa Benessere
La struttura è costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Generali Welion S.c.a.r.l., provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete" dal contratto. La Centrale Operativa Benessere fornisce inoltre informazioni sulla rete delle strutture convenzionate, sui sinistri e sui servizi offerti.

Centro medico
Struttura dotata di direzione sanitaria, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e rieducativi). Tale struttura può anche non essere adibita al ricovero, e non deve essere finalizzata a trattamenti di natura estetica.

Coach del Benessere
Il medico generico che effettua il video consulto di onboarding finalizzato alla predisposizione del Percorso di Prevenzione personalizzato.

Consulto di onboarding con Coach del Benessere
Consulto con un medico di medicina generale (Coach del Benessere), richiedibile tramite Portale Benessere, che ha l'obiettivo di spiegare e personalizzare ulteriormente il Percorso di Prevenzione tramite domande più approfondite fatte dal Coach del Benessere durante lo stesso.

Contraente
Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio. Può trattarsi di persona fisica, persona giuridica o ente.

Covid 19
La malattia respiratoria causata dal coronavirus denominato SARS-CoV-2.

Danno liquidabile
Il danno il cui ammontare viene determinato in base alle condizioni di assicurazione e applicando limiti e sottolimiti massimi di indennizzo/risarcimento, ma che non tiene ancora conto di franchigie e scoperti eventualmente previsti.

Day hospital
La degenza diurna in un istituto di cura (senza pernottamento) con finalità terapeutiche non comportante intervento chirurgico, documentata da cartella clinica, completa di S.D.O. (scheda dimissione ospedaliera).
Non è considerato day hospital la permanenza in istituto presso il Pronto Soccorso.

Day surgery
La permanenza diurna in un istituto di cura (senza pernottamento) comportante intervento chirurgico, documentata da cartella clinica, completa di S.D.O. (scheda dimissione ospedaliera).

Difetto fisico
La mancanza di un organo o l'imperfezione di un organo o di un apparato per condizioni morbose o traumatiche acquisite, anche se non note o non diagnosticate alla stipula della Polizza.

Documentazione Sanitaria
Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Durata
Periodo di validità della Polizza, determinato concordemente tra le parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato sulla Scheda di Polizza.

Emergenza
Una situazione patologica insorta improvvisamente, per malattia o infortunio che richieda, nello stesso luogo in cui si è manifestata, una assistenza medica o chirurgica non differibile con ricorso a un Pronto Soccorso ospedaliero, seguito o meno da ospedalizzazione.

Europa (relativamente alla sezione **Assistenza**)
Tutti i paesi del continente europeo sino agli Urali.

Foundation Medicine
Azienda facente parte del gruppo Hoffmann-La Roche per la quale Roche distribuisce i servizi di Profilazione genomica descritti di seguito al di fuori degli Stati Uniti d'America.

FoundationOne CDx e FoundationOne Liquid CDx
Test di profilazione genomica finalizzati alla caratterizzazione delle malattie oncologiche, che applicano soluzioni innovative nel campo della medicina onco-ematologica per individuare le mutazioni del DNA responsabili della crescita dei tumori, con l'obiettivo di ottenere informazioni che possono aiutare i medici a

selezionare opzioni e strategie di trattamento mirate e personalizzate per ciascun paziente in base alle mutazioni eventualmente presenti nel suo tumore.
FoundationOneCDx (l'analisi viene eseguita su un campione di tessuto) e FoundationOne Liquid CDx (l'analisi viene eseguita su un campione di sangue intero) offrono un'analisi ampia di profilazione genomica tumorale, utilizzando tecnologie NGS (Next Generation Sequencing), dall'estrazione del DNA dal campione, all'analisi dei risultati, fornendo al il medico richiedente un referto, contenente le informazioni sulle mutazioni genomiche rilevate, associate alle possibili terapie disponibili ed in studio supportate da un dettagliato elenco bibliografico di pubblicazioni scientifiche.
In quanto servizio di test a fronte di una patologia già diagnosticata, lo stesso si offre come supporto specialistico per la cura del cliente e non implica alcuna conseguente diretta prestazione di cura, che dovrà invece essere successivamente definita e concordata tra il cliente ed i medici che lo hanno in cura.

Franchigia
La parte di danno liquidabile, espressa in cifra fissa o in numero di giorni, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni sinistro.

Generali Welion S.c.a.r.l.
GENERALI WELION S.C.A.R.L., con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, CAP 34132, capitale sociale 10.000,00 euro, interamente versato, inscritta al registro imprese Venezia Giulia con partita iva no. 01202150320, appartenente al Gruppo Generali e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Generali Italia S.p.A..

Grande intervento chirurgico
Interventi chirurgici elencati alla tabella "Grandi interventi chirurgici".

Imaging (esami di)
Generico processo attraverso il quale è possibile osservare un'area di un organismo non visibile dall'esterno; sono tecniche di imaging, ad esempio, ecografia, radiografia, angiografia, mammografia e scintigrafia.

Inabilità temporanea
La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie assicurate.

Indennità/Indennizzo
La somma che la Società è tenuta a corrispondere all'Assicurato in caso di sinistro.

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

Insorgenza
L'epoca in cui si manifestano clinicamente, ossia con sintomi oggettivi, le prime alterazioni dello stato di salute, indipendentemente dalla diagnosi di malattia.

Intervento chirurgico
Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato - anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - mediante cruentazione dei tessuti avvenuta con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.
Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti:
- le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo (salvo le endoscopie sopra descritte);
- le iniezioni;
- i punti di sutura;
- le biopsie.

Intramoenia
Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale della Repubblica Italiana, l'attività cosiddetta "intramoenia" si riferisce alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa.

Invalidità permanente
La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura
Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza (RSA), per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

Italia
Il territorio della Repubblica Italiana comprensivo di Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

IVASS
L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. L'ente ha lo scopo di vigilare sull'operato delle imprese e dei soggetti, agenti e mediatori, che rientrano nel settore assicurativo privato italiano. Svolge la sua attività di controllo basandosi sulle direttive che il Governo ha disposto in materia di politica assicurativa e che sono riunite nel Codice delle Assicurazioni (DL 7 settembre 2005 n. 209).

Malattia
Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia improvvisa
Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza al momento della decorrenza dell'assicurazione e che comunque non sia una manifestazione, se pur improvvisa, di una malattia preesistente nota all'Assicurato.

Malattia rara
Una malattia si definisce "rara" quando la sua prevalenza, intesa come il numero di caso presenti su una data popolazione, non supera una soglia stabilita. In UE la soglia è fissata allo 0,05 per cento della popolazione, ossia 5 casi su 10.000 persone.
Ai fini del presente contratto si prende a riferimento l'elenco contenuto nel testo integrale del DPCM 12/1/2017, allegato 7 e successive modifiche.

Manifestazione
Sintomatologia oggettiva della malattia.

Massimale
La somma, stabilita nel contratto, fino alla quale la Società presta le garanzie in caso di uno o più sinistri avvenuti nello stesso anno assicurativo.

Massimale per anno
La somma massima liquidabile dalla Società per i sinistri insorti nello stesso anno assicurativo, anche se denunciati in momenti diversi.

Mondo
Tutti i Paesi del mondo, salvo quanto eventualmente specificatamente escluso e normato nelle sezioni specifiche.

Parentela di primo grado
La parentela è il vincolo che unisce le persone che discendono dalla stessa persona o, come il codice civile afferma, dallo stesso stipite (art. 74 del codice civile). La parentela di primo grado è quella che lega tra loro un genitore con un figlio/a.

Parti
Il Contraente e la Società.

Perito

L'esperto incaricato da una delle parti (C.T.P. consulente tecnico di parte) o dal giudice (C.T.U. consulente tecnico d'ufficio) per svolgere un accertamento tecnico (perizia).

Polizza
L'insieme dei documenti che provano l'esistenza del contratto di assicurazione.

Portale Benessere
Portale web per la fruizione dei servizi digitali associati alla Polizza Formula Salute.

Premio
La prestazione in denaro dovuta dal Contraente alla Società.

Questionario Anamnestico
Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato secondo le dichiarazioni da lui rilasciate e che forma parte integrante della Polizza.
Esso deve essere compilato in modo completo e veritiero, senza omettere circostanze o informazioni sullo stato di salute in quanto è strumento per la valutazione del rischio.
Il questionario deve essere sottoscritto dall'Assicurato medesimo o, se minorenne, da chi ne esercita la potestà genitoriale.

Questionario Digitale
Questionario digitale da effettuare sul Portale Benessere per ottenere un'indicazione sullo stato di salute e il Percorso di Prevenzione.

Recupero del carico
A seguito di un evento traumatico, si intende la fase che intercorre tra il divieto di concedere il carico, cioè l'appoggio del peso del corpo sull'arto leso (l'appoggio dell'arto a terra con conseguente stimolo gravitazionale), a prescindere dalla presenza o meno di un apparecchio immobilizzante, a una seconda fase di carico in cui si può appoggiare a terra l'arto, per facilitare la formazione del callo osseo.

Rete internazionale
La rete di strutture sanitarie convenzionate con Europe Assistance S.p.A. ed operanti sul territorio internazionale presso le quali l'Assicurato, previa richiesta ed autorizzazione ricevuta dalla Società, può accedere per fruire delle prestazioni sanitarie garantite dalla Polizza ed il cui costo viene liquidato, in nome e per conto dell'Assicurato, direttamente dalla Società.
L'elenco delle strutture mediche convenzionate è visibile sul sito istituzionale della Società.

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

Ricovero
La permanenza in un istituto di cura (quest'ultima deve prevedere almeno un pernottamento), il day hospital e il day surgery.

Rimborso
Somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Rischio
La possibilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto
La parte di danno liquidabile, espressa in misura percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni sinistro.

Sinistro
Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.
Nelle garanzie "Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici", "Alta diagnostica", "Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery", "Indennitaria", "Coma", ictus, infarto, malattie oncologiche e malattie rare", "Dental", "Trattamenti fisioterapici e riabilitativi", "Prestazioni organizzative di servizio", il termine sinistro indica il sorgere di un debito in capo all'Assicurato per spese sanitarie relative a prestazioni resesi necessarie successivamente alla conclusione del contratto e conseguenti a malattia, infortunio o parto.
Nella garanzia "Diaria da ricovero" il termine sinistro indica il ricovero dell'Assicurato in un istituto di cura resosi

necessario successivamente alla conclusione del contratto e conseguente a malattia, infortunio o parto.
Nella garanzia "Malattie gravi", il termine sinistro indica il verificarsi di una patologia o stato di coma indennizzabile ai sensi della garanzia.
Nella garanzia "Diaria da convalescenza", il termine sinistro indica i giorni di convalescenza prescritti dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato, successivi ad un ricovero in copertura.
Nella garanzia "Assistenza", il termine sinistro indica l'evento che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

Società
Si intende per definizione e in qualunque circostanza BCC Assicurazioni S.p.A..

Struttura Organizzativa
La struttura di IMA Servizi Scarl costituita da medici, tecnici, operatori in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che, in virtù di specifica Convenzione, sottoscritta con IMA Italia Assistance, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato, ed organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in Polizza.

Strutture mediche convenzionate (in Italia)
Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Benessere di Generali Welion S.c.a.r.l., che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Compagnia, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali. All'interno della rete convenzionata con l'Italia possono rientrare anche i centri medici odontoiatrici convenzionati con Prontocare, società specializzata nella fornitura di servizi odontoiatrici.
L'elenco delle strutture mediche convenzionate è visibile sul sito istituzionale della Società.

Teleconsulto medico
Consulto telefonico con un medico di medicina generale.

Terapia intensiva
Si intende il reparto ospedaliero dove vengono garantite cure intense a pazienti con particolari stati di salute di media o alta gravità per i quali si rende necessario un supporto per mantenere l'equilibrio delle funzioni vitali.

Trattamenti fisioterapici
Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equipollente 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.

Ubriachezza
Si considera in stato di ubriachezza l'Assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcoolemico superiore alla limitazione della Legge vigente.

Urgenza
Situazione improvvisa conseguente a infortunio o malattia che comporta un ricovero o un intervento di Pronto Soccorso ospedaliero immediato e non differibile.

Urgenza sanitaria all'estero
Situazione improvvisa conseguente a infortunio o malattia, non prevedibile prima del viaggio all'estero che richieda, nella località straniera dove si manifesta, un intervento di Pronto Soccorso ospedaliero immediato e non differibile.

Visita specialistica
Visita effettuata da 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. Non sono inoltre considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

TERMINI PRESENTI NELLA GARANZIA MALATTIE GRAVI

MALATTIE GRAVI O STATO DI COMA

Sono considerate malattie gravi i seguenti stati o malattie:

- Cancro (esclusi i casi meno avanzati);
- Infarto del miocardio (con menomazione della funzionalità cardiaca);
- Ictus (con deficit neurologico permanente);
- Insufficienza renale cronica
- Trapianto di organi;
- Coma (di durata non inferiore a 4 giorni);
- Malattia del motoneurone (di determinata gravità);
- Sclerosi multipla (di determinata gravità);
- Morbo di Parkinson (di determinata gravità);
- Demenza avanzata (inclusa la malattia di Alzheimer).

Ai fini della garanzia di cui all'art. SC9 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi", le definizioni di **malattie gravi** sono le seguenti:

Cancro (esclusi i casi meno avanzati)

1. Si tratta di patologia caratterizzata da crescita incontrollata di cellule maligne, con invasione e distruzione del tessuto circostante. La diagnosi deve essere confermata con esami istologici o citologici (in caso di tumori sistemici).
2. **Ai fini di questa copertura assicurativa, sono escluse le seguenti forme di tumore maligno:**
    a. **Carcinoma in situ**
    b. **Tumori maligni della pelle, eccetto il melanoma maligno con infiltrazione oltre l'epidermide**
    c. **Tumori maligni della prostata, salvo che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC**
    d. **Carcinomi papillari della tiroide di dimensioni inferiori a 2 cm, a meno che non presentino infiltrazioni nei linfonodi o metastasi a distanza**
    e. **Ogni patologia maligna del sangue, del midollo osseo, dei linfonodi che non richieda trasfusioni ematiche ricorrenti, chemioterapia sistemica, terapie oncologiche mirate, trapianto di midollo osseo, trapianto di cellule staminali, altre rilevanti terapie d'intervento**
3. **Ai fini di questa copertura assicurativa, sono escluse dalla definizione di cancro le seguenti patologie o condizioni cliniche:**
    a. **pre-maligne**
    b. **non-invasive**
    c. **con potenziale maligno di basso livello**
    d. **displasie cervicali CIN-1, CIN-2, CIN-3**

Infarto del miocardio (con menomazione della funzionalità cardiaca)

1. Si intende la necrosi (perdita di ogni funzione vitale) di una porzione del muscolo cardiaco quale risultato di una inadeguata irrorazione sanguigna a causa della occlusione delle arterie coronarie. Tutte le condizioni seguenti devono essere soddisfatte:
    a. Dolore tipico suggestivo di infarto miocardico
    b. ECG con alterazioni del tracciato indicative di infarto miocardico in atto
    c. Riscontro di incremento di Troponina cardiaca T o I, oppure degli enzimi cardiaci, incluso CKMB, oltre ai parametri di laboratorio generalmente accettati suggestivi di infarto miocardico
    d. Comprovata riduzione permanente della frazione di eiezione ventricolare sinistra al di sotto di 50%, a causa di infarto miocardico, misurata non prima di un mese dopo l'infarto.
2. Ai fini di questa copertura assicurativa, sono escluse dalla definizione di infarto del miocardio le seguenti condizioni:
    a. Eventi che non sono stati confermati come infarto del miocardio da un cardiologo o da un medico.
    b. Infarti del miocardio di epoca indeterminata
    c. Rialzi dei biomarcatori causati direttamente da procedure cliniche intra-arteriose, inclusa, ma non limitata a, la angiografia coronarica e l'angioplastica coronarica.

Ictus (con deficit neurologico permanente)

1. Si intende la necrosi di tessuto cerebrale o spinale, in un'area limitata, causata da emorragia non traumatica o ischemia all'interno dell'encefalo o del midollo spinale, che comporti un deficit neurologico grave,

permanente, irreversibile;
2. La diagnosi deve essere supportata da referti strumentali di imaging (ad esempio: TAC, RMN o altri analoghi) che comprovi la relazione tra la nuova menomazione neurologica e la nuova lesione cerebrale o midollare;
3. La valutazione del deficit neurologico permanente ed irreversibile deve essere effettuata non prima di 3 mesi dalla data dell'evento;
4. Ai fini di questa copertura assicurativa, sono escluse dalla definizione di ictus le seguenti condizioni:
    a. Attacchi ischemici transitori (TIA)
    b. Ictus di epoca indeterminata
    c. Diagnosi di ictus basata solo su biomarcatori
    d. Ictus che colpisce solo la funzione olfattiva o vestibolare oppure l'occhio

Insufficienza renale cronica
1. Si intende l'insufficienza cronica ed irreversibile di entrambi i reni in cui è stata iniziata una dialisi regolare che si è protratta nel tempo o è stato effettuato un trapianto di reni;
2. La diagnosi deve essere confermata da un nefrologo;
3. Il sinistro è indennizzabile una volta iniziata la dialisi che si è protratta nel tempo o effettuato il trapianto di rene.

Trapianto di organi
1. Si intende il trapianto da essere umano a essere umano di cuore, polmone, pancreas o almeno un intero lobo del fegato, da un donatore all'Assicurato;
2. E' escluso dalla copertura assicurativa il trapianto autologo e quello di ogni altro organo non elencato sopra, di parti di organi (con l'eccezione del lobo del fegato), di tessuti o cellule;
3. È escluso il trapianto di reni (vedi Insufficienza renale cronica).

Coma (di durata non inferiore a 4 giorni)
1. Si intende lo stato di perdita di coscienza con assenza di reazione a stimoli esterni o bisogni interni, che perdura in modo continuativo per almeno 96 ore e che richiede l'utilizzo del sistema di supporto vitale;
2. La prescrizione per il coma artificiale deve essere confermata da un medico specialista qualificato;
3. La prestazione è pagabile anche nel caso di coma senza sistema di supporto vitale della durata di almeno due mesi.

Malattia del motoneurone (di determinata gravità)
1. Si intende un gruppo di patologie caratterizzato dalla degenerazione progressiva delle cellule cerebrali che controllano l'attività della muscolatura. Sono incluse la atrofia muscolare spinale, la paralisi bulbare progressiva, la sclerosi laterale amiotrofica, la paralisi pseudobulbare, la sclerosi laterale primaria;
2. Suddette patologie devono risultare in un deficit neurologico che causa l'inabilità permanente e irreversibile per l'Assicurato di adempiere almeno una delle sei attività della vita quotidiana ("activities of daily living" ADL) come descritte in coda al Glossario.

Sclerosi multipla (di determinata gravità)
1. Si intende la malattia cronica infiammatoria del sistema nervoso centrale con almeno un'area di demielinizzazione (placca o lesione) nel cervello o nel midollo spinale, evidenziata tramite esami strumentali di imaging, come TAC oppure RM;
2. La sclerosi multipla deve aver causato una menomazione neurologica permanente ed irreversibile che corrisponda al valore di 5 della "Expanded Disability Status Scale" EDSS (anno 2016);
3. La diagnosi di sclerosi multipla deve essere confermata da un neurologo.

Morbo di Parkinson (di determinata gravità);
1. Si intende la malattia lentamente progressiva e degenerativa del sistema nervoso centrale implicante la degenerazione dei neuroni in una regione del cervello che causa la riduzione del livello di dopamina in alcune parti del cervello stesso.
2. Tutte le condizioni seguenti devono essere soddisfatte:
    a. La malattia è in progressione.
    b. La malattia risulta in un deficit neurologico che causa l'inabilità permanente e irreversibile per l'Assicurato di adempiere almeno una delle sei attività della vita quotidiana ("activities of daily living" ADL) come descritte in coda al Glossario.
    c. La diagnosi di morbo di Parkinson idiopatico deve venir confermata da un neurologo, con esclusione esplicita di ogni altra diagnosi differenziale.

3. Sono esclusi il parkinsonismo o la sintomatologia tipo Parkinson secondari ad abuso di droghe o alcol.

Demenza avanzata (inclusa la malattia di Alzheimer)

1. Deterioramento o perdita della capacità intellettiva e/o comportamento anormale, come da diagnosi formulata ed accertata dallo specialista neurologo. La diagnosi di Morbo di Alzheimer deve essere evidenziata dallo stato clinico, dalle risposte dei questionari e dai tests relativi al Morbo di Alzheimer o disturbi neurologici organici degenerativi irreversibili. La malattia deve risultare da una significativa riduzione delle funzioni sia mentali che sociali, richiedendo così continua supervisione ed assistenza dell'assicurando. La diagnosi va fatta prima dei 60 anni di età dell'Assicurato.

Sono escluse le nevrosi ed i disturbi psichiatrici.

2. Tutte le condizioni seguenti devono essere soddisfatte:
    a. L'Assicurato, a seguito della patologia, non è più abile, in modo permanente e irreversibile:
        i. Di eseguire almeno tre delle sei attività della vita quotidiana ("activities of daily living", ADL) quali descritte in coda al Glossario, oppure
        ii. Di ottenere un punteggio superiore a 9 nel "Mini-Mental State Examination" (MMSE) oppure un risultato equivalente in un altro test riconosciuto per misurare la gravità del deficit cognitivo, oppure
        iii. Di vivere senza il controllo continuativo di un terzo, al fine di evitare di recare danni significativi a sé stesso o ad altri tramite le sue azioni o mancanza di reazioni appropriate.
    b. La valutazione del sinistro deve essere supportata da documentazione comprovante lo stato di demenza e deve includere le procedure e misurazioni considerate standard al momento della diagnosi del deficit cognitivo.
    c. La diagnosi deve essere posta da un esperto di deficit cognitivo
3. Sono esclusi dalla copertura gli altri disturbi della salute mentale (ad esempio: disturbo affettivo) o patologie secondarie ad abuso di droghe o alcol.

ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA ("ACTIVITIES OF DAILY LIVING - ADL)

Si assumono altresì per Attività della Vita Quotidiana ("activities of daily living - ADL) le seguenti definizioni:

- **Muoversi**
  L'abilità di muoversi da stanza a stanza su superficie piana all'interno della propria abitazione, se necessario con ausili appropriati, quali un deambulatore, un bastone, eccetera.
- **Lavarsi**
  L'abilità di lavarsi con qualsiasi mezzo, mantenendo un ragionevole livello di pulizia personale, se necessario con ausili appropriati, quali corrimani o dispositivi di aiuto per fare il bagno.
- **Vestirsi**
  L'abilità di indossare, togliere, allacciare, slacciare ogni indumento necessario ed eventualmente ogni arto artificiale o dispositivo medico necessario.
- **Alimentarsi**
  L'abilità di assumere cibo o bevande già preparati e resi disponibili, se necessario con ausili appropriati.
- **Trasferirsi**
  L'abilità di mettersi o alzarsi da letto, dalla sedia o da una sedia a rotelle.
- **Continenza**
  L'abilità di controllare la funzionalità dell'intestino o della vescica, se necessario con l'utilizzo di indumenti protettivi o dispositivi medici (inclusi il catetere o la sacca per la colostomia), in modo da mantenere un ragionevole livello di igiene personale.

PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

Periodo di inoperatività della copertura assicurativa che decorre dalla diagnosi della malattia grave o stato di coma, di durata pari a 6 mesi.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Art. CG1 DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto ha la durata indicata nella Scheda di Polizza.

Art. CG2 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

DA QUANDO HA EFFETTO L'ASSICURAZIONE?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene pagato il premio, a meno che all'interno delle Sezioni e singole garanzie acquistate non sia prevista una diversa decorrenza.

Si precisa che:

- per le conseguenze di Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarate dall'Assicurato nel Questionario Anamnestico ed eccezionalmente accettate dalla Società, in deroga a quanto previsto dall'art. ES1 "Esclusioni", l'assicurazione ha effetto dal 180° giorno successivo a quello del pagamento effettivo del premio;
- **relativamente alla malattia COVID 19 insorta dopo la sottoscrizione del contratto, l'assicurazione ha effetto dal 30° giorno successivo a quello del pagamento effettivo del premio;**
- **relativamente alla garanzia di cui all'art. SC17 "Dental", l'assicurazione ha effetto dal 90° giorno successivo a quello del pagamento effettivo del premio;**
- **relativamente alla garanzia di cui all'art. SC9 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi", l'assicurazione ha effetto dal 90° giorno successivo a quello del pagamento effettivo del premio.**

Se il contratto viene emesso in sostituzione di altra Polizza, senza soluzione di continuità, i termini sopraindicati decorrono esclusivamente per eventuali nuovi Assicurati e/o nuove prestazioni.

Il premio è pagato anticipatamente e con rateazione indicata in Polizza.
Il pagamento del premio può avvenire:

- in banca mediante addebito su conto corrente (SDD),
- sull'area riservata del Cliente mediante carte di credito o altri sistemi di pagamento elettronico.

La ricevuta del versamento o l'estratto conto costituiscono quietanza di pagamento.
Se alle scadenze convenute, il contraente non paga le rate di premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della rata di premio e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento di tutte le rate insolute.
Se il Contraente non adempie agli obblighi relativi al pagamento del premio, la Società non sarà obbligata a corrispondere nessun indennizzo in caso di sinistro e il contratto è risolto di diritto nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata di premio sono scaduti.
L'importo di premio indicato in Polizza è comprensivo delle eventuali provvigioni riconosciute dalla Società all'Intermediario.
In caso di estinzione del conto corrente presso l'intermediario, il pagamento delle rate di premio può continuare mediante le modalità previste dalla Home Insurance della Società (area Internet Riservata al Contraente), fermo il resto.

Art. CG3 PROROGA DEL CONTRATTO - DISDETTA DEL CONTRATTO POLIENNALE

Il contratto viene stipulato con clausola di tacito rinnovo.
Con il tacito rinnovo, alla scadenza il contratto viene rinnovato automaticamente per un altro anno, a prescindere dalla durata originaria del contratto. Il Contraente o la Società possono evitare il rinnovo inviando all'altra parte una comunicazione di disdetta.

La disdetta deve essere comunicata all'altra parte:

- mediante Raccomandata o posta elettronica, come indicato all'art. CG19 "Comunicazioni"
- inviata almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale.

Inoltre, allo scadere di ciascuna rata di premio, anche mensile, il Contraente può recedere dal contratto con comunicazione scritta ricevuta dalla Società almeno **30 giorni** prima della scadenza della rata di premio:

- inoltrata mediante lettera raccomandata a.r., all'indirizzo indicato all'art. CG19 "Comunicazioni";

- oppure rivolgendosi presso la filiale dell'Intermediario dove è stata sottoscritta la Polizza, firmando apposita documentazione;
- oppure tramite mail come indicato all'art. CG19 "Comunicazioni".

Si precisa che il recesso mensile da parte del Contraente, nel corso della prima annualità, è ammesso solo in assenza di sinistri.

NOTA BENE:
In occasione del rinnovo automatico del contratto per le garanzie "Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici", "Alta diagnostica", "Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery", "Indennitaria", "Malattie gravi", "Diaria da ricovero", "Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare" (Modulo CURA)", "Riposo terapeutico domiciliare", "Diaria da convalescenza", "Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare" (Modulo CONVALESCENZA)", "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa", "Prestazioni organizzative di servizio" **il premio viene ricalcolato in funzione dell'avanzamento dell'età di ciascun Assicurato.**

Art. CG4 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE E/O DI TARIFFA E RINNOVO DEL CONTRATTO

La Società ha la facoltà di modificare le Condizioni di Assicurazione e/o di tariffa al momento del rinnovo del contratto.

COMUNICAZIONI DOVUTE
Entro 60 giorni dalla scadenza contrattuale, la Società comunicherà al Contraente tramite raccomandata A.R. o posta elettronica la possibilità di prendere visione delle nuove condizioni presso la filiale dell'Intermediario al quale è stato assegnato il contratto.

MODALITÀ DI RINNOVO
Il Contraente, **dopo aver preso visione** delle nuove Condizioni di Assicurazione e/o di tariffa, può accettarle con comunicazione scritta entro la scadenza contrattuale. In tal caso il contratto si rinnova alle nuove Condizioni di Assicurazione e/o di tariffa e il premio dovrà essere pagato entro 15 giorni dalla scadenza contrattuale.
Se il Contraente non comunicherà alla Società di accettare espressamente le nuove Condizioni di Assicurazione e/o di tariffa entro la scadenza contrattuale, il contratto si intenderà disdettato e quindi risolto a detta scadenza.

NOTA BENE:
Qualora detto pagamento fosse eseguito dopo 15 giorni dalla scadenza contrattuale, la garanzia resterà sospesa dalle ore 24 del 15° giorno fino alle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

Art. CG5 RECESSO PER RIPENSAMENTO

Entro 14 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa, il Contraente può recedere dal contratto e ricevere in restituzione il premio pagato e non goduto al netto delle imposte.
Per avvalersi di questo diritto, il Contraente dovrà comunicare la sua decisione di recedere dal contratto.

Dopo aver ricevuto la comunicazione sopraindicata, la Società provvederà a rimborsare il Contraente.
Il premio da rimborsare viene determinato secondo la seguente formula:

R = P * GR/D Dove:

R = premio da rimborsare
P = premio imponibile (al netto delle imposte)
GR = giorni residui di copertura
D = durata totale (in giorni) della copertura.
Articolo applicabile esclusivamente a contratti promossi e collocati con tecniche di vendita a distanza (regolamento IVASS 40/2018 e Codice del Consumo).

Art. CG6 VALIDITA' TERRITORIALE

La copertura presenta la seguente validità territoriale:
- **le prestazioni del Modulo PREVENZIONE**, inclusa la prevenzione presente all'interno della garanzia

"Dental" di cui all'art. SC17 (se acquistata), possono essere effettuate **solo in Italia e presso i centri convenzionati della rete Generali Welion S.c.a.r.l.;**
- **per il Modulo DIAGNOSI è valida in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano. Per i casi di urgenza sanitaria che si verificano durante la permanenza dell'Assicurato all'estero, la copertura è operante in tutto il mondo;**
- **per i Moduli CURA e CONVALESCENZA** è valida **in tutto il mondo.**

La validità della copertura all'estero è prevista nei seguenti casi:

a) Ricorso alle cliniche estere per interventi programmati
Per gli interventi "programmati", intendendosi per tali i viaggi all'estero allo scopo di effettuare delle cure presso le strutture estere, la Società offre la copertura purché:
- gli istituti di cura siano convenzionati con la Società, e
- previo contatto con la Centrale Operativa Benessere e autorizzazione a procedere da quest'ultima rilasciata.

La copertura non è quindi operante se l'istituto di cura non è convenzionato o, seppur convenzionato, se l'Assicurato non ha preventivamente ricevuto autorizzazione dalla Centrale Operativa Benessere.
Se l'istituto di cura è convenzionato, ma non l'equipe medica, i costi relativi all'equipe medica non sono coperti dalla presente Polizza.
Nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto l'autorizzazione ad essere ricoverato all'estero all'Usl di appartenenza, ottenendo il parere positivo e la partecipazione al costo da parte del Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvederà a rimborsare le spese rimaste a carico dell'Assicurato anche se l'istituto di cura non dovesse essere con essa convenzionato.

Di seguito, schema riepilogativo di validità della copertura suddetta.

Modalità di attivazione delle garanzie all'estero		**Interventi programmati all'estero**
Preventivo contatto con Centrale Operativa Benessere	Istituto di cura e/o equipe convenzionati	Nessun esborso per l'Assicurato (pagamento diretto da parte delle Società al 100%).
	Istituto di cura convenzionato + equipe non convenzionata	- Nessun esborso per l'Assicurato (pagamento diretto da parte delle Società al 100%) per l'istituto di cura convenzionato. - Nessun rimborso per l'equipe non convenzionata.
	Istituto di cura e/o equipe non convenzionati	Nessun rimborso
NO preventivo contatto con Centrale Operativa Benessere	Istituto di cura e/o equipe convenzionati o non convenzionati	- Nessun rimborso. - Nel caso in cui il ricovero all'estero avvenga con l'autorizzazione e la partecipazione al costo da parte del SSN, rimborso del 100% della parte non pagata dal SSN.

b) Necessità di cure se l'Assicurato si trova all'estero per lavoro, studio, vacanza
Se l'Assicurato si trova all'estero per motivi di lavoro, studio o vacanza, e avesse bisogno di una delle prestazioni di cui ai Moduli operanti anche all'estero, la Società offrirà la copertura:
- presso gli istituti di cura che siano convenzionati con la Società, e
- previo contatto con la Centrale Operativa Benessere e **autorizzazione a procedere** da quest'ultima rilasciata.

Se non viene preventivamente attivata la Centrale Operativa Benessere e/o si utilizza un istituto di cura non convenzionato con la Società, **verrà applicato uno scoperto del 20% sui costi sostenuti.**
Se l'istituto di cura è convenzionato, ma non l'equipe medica, verrà applicato tale scoperto sul solo costo dell'equipe medica.
Tuttavia, se il contatto con la Centrale Operativa Benessere per ricorrere all'istituto di cura convenzionato non è possibile per motivi di emergenza medica, non verrà applicato tale scoperto.

Per le sole prestazioni di cui all'art. SC17 "Dental" CURA lettera a), se acquistate e indicate nella Scheda di Polizza, si applicherà uno scoperto pari al 30%.

La copertura è operativa **fino a 30 giorni di permanenza continuativa all'estero**. Oltre tale termine, la

copertura non è in ogni caso operante all'estero.

Di seguito, schema riepilogativo di validità della copertura suddetta.

<table>
<tr><th colspan="2">Modalità di attivazione delle garanzie all'estero</th><th colspan="2">Necessità di cure</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Preventivo contatto con Centrale Operativa Benessere</td><td>Istituto di cura e/o equipe convenzionati</td><td colspan="2">Nessun esborso per l'Assicurato (pagamento diretto da parte delle Società al 100%).</td></tr>
<tr><td>Istituto di cura convenzionato + equipe non convenzionata</td><td colspan="2">- Nessun esborso per l'Assicurato (pagamento diretto da parte delle Società al 100%) per l'istituto di cura convenzionato.
- Nessun rimborso per l'equipe non convenzionata.</td></tr>
<tr><td>Istituto di cura e/o equipe non convenzionati</td><td colspan="2">Rimborso con applicazione dello scoperto.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">NO preventivo contatto con Centrale Operativa Benessere</td><td rowspan="2">Istituto di cura e/o equipe convenzionati o non convenzionati</td><td>Non Urgente</td><td>Urgente</td></tr>
<tr><td>Rimborso con scoperto.</td><td>Rimborso del 100%</td></tr>
</table>

Si precisa che i centri convenzionati all'estero sono quelli della Rete Internazionale.

Art. CG7 VALIDITA' TERRITORIALE

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle seguenti affezioni:
- **dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci non conseguenti a terapie mediche);**
- **infezioni da HIV;**

determina la immediata ed automatica cessazione dell'operatività delle prestazioni oggetto del contratto per il soggetto colpito. L'Assicurato è obbligato a comunicare tale sopravvenienza alla Società ai sensi dell'art. 1898 del codice civile.

Art. CG8 LIMITI DI ETA'

Ciascun Assicurato può rimanere in copertura fino alla scadenza annuale successiva al c**ompimento dell'80° anno di età**.

Per le garanzie di cui all'**art. SC9 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi"** l'Assicurato dovrà in ogni caso aver compiuto il 18° anno di età al momento della sottoscrizione del Contratto e potrà rimanere in copertura fino alla scadenza annuale successiva al compimento del 70° anno di età; per la sola malattia grave "Demenza avanzata (inclusa la malattia di Alzheimer)" tale limite è fissato al compimento del 60° anno, età entro cui deve essere anche formulata la diagnosi.
Oltre il limite di età di 70 anni la garanzia "Malattie Gravi" non è più operante ed in occasione del primo rinnovo contrattuale successivo al compimento del 70° anno di età la Società provvederà ad emettere un'appendice di variazione contrattuale che rimuova la copertura e ricalcoli il nuovo premio sulla base delle prestazioni che rimangono operanti.

Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più Assicurati, nel momento in cui uno di essi dovesse superare il limite di età previsto, le garanzie di Polizza per questo Assicurato cessano di efficacia a partire dalla prima successiva scadenza annuale di contratto; la Società provvede ad emettere un'appendice di variazione contrattuale che escluda l'Assicurato dalla copertura e ricalcoli il nuovo premio per gli Assicurati che mantengono le prestazioni previste dal contratto.

Art. CG9 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro:
- la Società rinuncia alla facoltà di recesso;
- il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto **entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto di pagamento dell'indennizzo.**

Il recesso deve essere comunicato alla Società con raccomandata A.R. o posta elettronica, certificata PEC,

come indicato all'art. CG19 "Comunicazioni", con un preavviso di almeno 30 giorni e ha effetto:
- nel caso di rateazione mensile: dalla prima rata di premio successiva al termine dei 30 giorni suddetti;
- nel caso di rateazione annuale: dal trentesimo giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

Art. CG10 PREMIO PAGATO E NON GODUTO

Nelle circostanze previste da contratto, potrebbe verificarsi il caso che la Società debba restituire al Contraente o all'Assicurato una parte del premio, quando risulti pagato ma non goduto per la durata totale della copertura.
L'importo da rimborsare verrà determinato secondo la formula:
R = P*GR/D

Dove:
R = premio da rimborsare.
P = premio imponibile (al netto delle imposte).
GR = giorni residui di copertura.
D = durata totale (in giorni) della copertura.

ESEMPIO

Polizza stipulata con durata annuale e tacito rinnovo con decorrenza dalle ore 24 del 31 dicembre 2018.
Scadenza della prossima rata di premio alle ore 24 del 31 dicembre 2019.
Premio finito pagato al momento della sottoscrizione della Polizza: 2.050 euro.
Aliquota di imposta applicata: 2,50%.
A seguito di recesso per sinistro da parte del Contraente la Società annulla il contratto a decorrere dalle ore 24 del 31 luglio 2019.

Al Contraente verrà rimborsata la parte del premio pagato e non goduto di 838,36 euro così calcolato:
P = Premio finito / 1,025 = 2.050 euro / 1,025 = 2.000 euro.
GR = Numero di giorni dalle ore 24 del 31 luglio 2019 alle ore 24 del 31 dicembre 2019 = 153.
D = 365 giorni.
R = P*GR/D = 2.000 euro * 153 / 365 = 838,36 euro.

L'Assicurato **deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio e dare avviso dei sinistri a tutti gli assicuratori**, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai fini della ripartizione proporzionale dell'indennizzo.

Art. CG12 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

Art. CG13 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto devono essere provate per iscritto.

Art. CG14 ONERI FISCALI

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al premio, al contratto e agli atti da esso dipendente, restano a carico del Contraente.

Art. CG15 FORO COMPETENTE

Foro competente a scelta della parte attrice (cioè di chi promuove il contenzioso) è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, oppure quello del luogo ove ha sede la filiale dell'Intermediario cui è assegnata la Polizza.
Qualora l'Assicurato sia un consumatore ex art. 3 comma 1 lettera a) D. Lgs. 206/2005, è competente il foro di residenza o domicilio eletto dell'Assicurato.

Art. CG16 MODIFICHE DEI FORNITORI DELLE PRESTAZIONI PREVISTE NEL PRODOTTO

I cambiamenti delle Società che forniscono i servizi di convenzionamento, Assistenza e altri servizi presenti nel contratto in oggetto non influiscono sulla validità ed efficacia della presente Polizza.

Art. CG17 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

Per le prestazioni conseguenti a malattia e/o infortunio, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del codice civile.

Art. CG18 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quello che non è regolato dal contratto, si applicano le norme di legge vigenti in Italia

Art. CG18.1 MISURE RESTRITTIVE - SANCTIONS CLAUSE
La compagnia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa né tenuta a liquidare un sinistro o ad erogare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, la liquidazione del sinistro o l'erogazione della prestazione espone la Compagnia a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

Art. CG19 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni dell'Assicurato/Contraente alla Società devono essere fatte con lettera raccomandata o con altro mezzo avente data certa.
Qualsiasi richiesta di informazioni relativa alle garanzie offerte dalla presente Polizza può inoltre essere fatta dall'Assicurato/Contraente:

- telefonando a:
  Numero Verde
  800-471800
  Attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 08.30 alle ore 17.30
- inviando mail a:
  infore@bccassicurazioni.bcc.it

SEZIONE SALUTE

Negli articoli seguenti sono descritte le garanzie presenti nei Moduli acquistati ed indicati nella Scheda di Polizza. Per ciascun Modulo acquistato, le garanzie operanti sono quelle indicate nella Scheda di Polizza.

MODULO PREVENZIONE

1 - COSA È ASSICURATO

a) SERVIZI DIGITALI LEGATI AL MODULO PREVENZIONE FORMULA SALUTE

L'Assicurato Formula Salute può usufruire dei servizi digitali relativi legati alla prevenzione e al benessere a lui dedicati tramite il **Portale Benessere**.

ART. SPR1 CHECK-UP
E' compreso in Polizza un programma di prevenzione che consente all'Assicurato di effettuare le prestazioni sanitarie di check-up di seguito indicate.
Non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per esami o visite mediche previste dalle tabelle sotto riportate, effettuate e pagate dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Operativa Benessere.

Il check-up potrà essere richiesto:
- a partire dalla data di decorrenza della Polizza;
- una volta ogni due annualità contrattuali e senza alcun costo aggiuntivo, secondo le modalità indicate all'art. SS1 "Obblighi in caso di sinistro - modalità di accesso alle prestazioni, denuncia e gestione del sinistri". Se nel corso di un'annualità l'Assicurato non usufruisce del check-up, non ne potrà essere richiesto il recupero nel corso delle annualità successive;

Erogabilità	1 volta ogni 2 annualità contrattuali.

Nel caso in cui, previa verifica con la Centrale Operativa Benessere , l'Assicurato accerti che non è presente una struttura convenzionata nel raggio di 25 km dalla residenza dell'Assicurato, le prestazioni potranno essere effettuate presso qualsiasi struttura a scelta dell'Assicurato, che potrà chiedere il rimborso della spesa sostenuta fino ad un massimo di 100 euro in caso di "Check-up" Base e di 160 euro in caso di "Check-up" Top, secondo le modalità indicate all'art. SS1 "Obblighi in caso di sinistro - modalità di accesso alle prestazioni, denuncia e gestione del sinistro".

La Società non sarà informata degli esiti del check-up, ma la relativa documentazione sanitaria potrà essere richiesta solo in caso di denuncia di sinistro, secondo le modalità previste all'art. SS1 "Obblighi in caso di sinistro - modalità di accesso alle prestazioni, denuncia e gestione del sinistro".

Sono disponibili due opzioni, e vale quella riportata nella Scheda di Polizza che il cliente è obbligato ad indicare al momento della stipula del contratto:

1) CHECK-UP BASE
Prevede prestazioni differenziate in base al sesso, presso le strutture convenzionate, al fine di diagnosticare precocemente la presenza di eventuali fattori di rischio, legati all'insorgere di una malattia.
Per uno dei pacchetti di esami di seguito illustrati: Uomo (unisex o uomo), Donna (unisex o donna); l'Assicurato ha possibilità di scegliere ogni volta il pacchetto che preferisce.

CHECK-UP Unisex	CHECK-UP Uomo	CHECK-UP Donna
Prevenzione otorinolaringoiatrica (cod. C3356): • visita otorinolaringoiatrica • esame audiometrico	**Prevenzione urologica "young man" under 35 (cod. C3353):** • visita specialistica urologica • ecografia scrotale	**Prevenzione senologica "young woman" (cod. C3357):** • ecografia mammaria con valutazione senologica
Prevenzione vascolare (cod. C3351): • visita angiologica / chirurgia vascolare • doppler venoso arti superiori o inferiori	**Prevenzione urologica (cod. C3354):** • visita specialistica urologica • ecografia prostatica	**Prevenzione mammella (cod. C3358):** • mammografia bilaterale con valutazione senologica
Prevenzione patologie vie respiratorie (cod. C3352): • visita pneumologica • saturimetria		**Prevenzione ginecologica (cod. C3359):** • visita ginecologica • pap test
Prevenzione dermatologica (cod. C3360): • visita dermatologica • mappatura nevi		**Prevenzione osteoporosi (cod. C3350):** • visita fisiatrica • mineralometria ossea computerizzata (MOC)
Prevenzione cardiologica (cod. C3355): • visita cardiologica • elettrocardiogramma (ecg)		

ESEMPIO
Nel corso della prima annualità contrattuale l'Assicurato sceglie il pacchetto "Prevenzione Vascolare"; nel corso della terza annualità contrattuale l'Assicurato sceglie il pacchetto "Prevenzione mammella".

2) CHECK-UP TOP
L'Assicurato ha possibilità di scegliere ogni volta il pacchetto che preferisce tra quelli di seguito indicati:

Pacchetti di CHECK-UP
Prevenzione otorinolaringoiatrica (cod. C3356): • visita otorinolaringoiatrica • esame audiometrico
Prevenzione osteoporosi (cod. C3366): • visita fisiatrica • MOC total body • emocromocitometrico completo • calcio totale • calcio urinario • creatinina • esame completo delle urine • vitamina D • elettroforesi proteine seriche
Prevenzione vascolare (cod. C3367): • visita angiologica / chirurgia vascolare • ecocolordoppler arterioso e venoso arti inferiori
Prevenzione gastroenterologica (cod. C2918): • visita gastroenterologica / internistica • ecografia addome completo • emocromo completo • AST (got) • ALT (gpt) • GGT • glicemia • trigliceridemia • colesterolo totale

- colesterolo HDL
- colesterolo LDL
- CPK
- PCR
- microalbuminuria
- ricerca sangue occulto nelle feci (1 campione)

Prevenzione urologica (cod. C3368):
- visita urologica
- eco addome inferiore uomo (studio prostata)
- PSA totale
- PSA libero
- azotemia (urea)
- creatininemia
- glicemia basale
- ricerca sangue occulto nelle feci (1 campione)

Prevenzione patologie vie respiratorie (cod. C3369):
- visita pneumologica
- spirometria completa
- saturimetria
- emocromo completo
- ves

Prevenzione oftalmologica (cod. C3370):
- visita oculistica
  - studio fundus oculi
  - tono oculare
  - misurazione visus
- pachimetria
- test di Schrimer (test lacrimale)
- topografia corneale

Prevenzione senologica "young woman" (cod. C3357):
- ecografia mammaria con valutazione senologica

Prevenzione mammella (cod. C3358):
- mammografia bilaterale con valutazione senologica

Prevenzione ginecologica (cod. C3371):
- visita ginecologica
- ecografia pelvica (con eventuale TV su richiesta del medico)
- pap test
- HPV ricerca papilloma virus

Prevenzione tiroide (cod. C2923):
- visita endocrinologica
- ecografia tiroidea
- free T3
- free T4
- TSH

Prevenzione dermatologica (cod. C3372):
- visita dermatologica
- mappatura nevi
- studio del biotipo e del fototipo cutaneo
- vitamina A
- vitamina B12
- vitamina C
- vitamina E
- acido folico

Prevenzione nefrologica: (C3374)
- visita nefrologica
- ecografia addome completo
- esame urine completo
- azotemia (urea)
- creatininemia

• uricemia • glicemia basale • quadro elettrolitico • vitamina D • elettroforesi sieroproteica • sideremia • clearance della creatinina
Prevenzione cardiologica (cod. C3375): • visita cardiologica • elettrocardiogramma • esame urine • trigliceridi • AST (got) • ALT (gpt) • colesterolemia totale • colesterolemia HDL/LDL • emocromo completo • PT • PTT • glicemia • omocisteina • quadro elettrolitico (sodio, potassio, calcio)

ESEMPIO
Nel corso della prima annualità contrattuale l'Assicurato sceglie il pacchetto "Prevenzione dermatologica"; nel corso della terza annualità contrattuale l'Assicurato sceglie il pacchetto "Prevenzione cardiologica".

ART. SPR2 PORTALE BENESSERE

Tramite l'accesso al Portale Benessere, l'Assicurato potrà usufruire ed accedere ai seguenti servizi digitali:

QUESTIONARIO DIGITALE
L'Assicurato ha la possibilità di compilare un questionario digitale con l'obiettivo di ottenere una proposta di Percorso di Prevenzione realizzato sulla base delle proprie caratteristiche personali.
Al momento dell'attivazione del Portale Benessere, o in un momento successivo, sarà quindi possibile accedere ad alcune domande basate sui seguenti ambiti:
- Chi sei
- Il tuo corpo
- Alimentazione
- Attività fisica
- Dipendenza dal fumo
- Controlli base
- Screening e prevenzione
- Altre patologie
- Benessere generale

Rispondendo alle domande l'Assicurato otterrà un'indicazione circa il suo stato di benessere ("Personas di riferimento"), un *Indice di valutazione ("Score") del Benessere* e un *Percorso di Prevenzione dedicato* come meglio descritto nel successivo paragrafo "Percorso di Prevenzione".
Per una corretta fruizione dei servizi digitali del Portale Benessere si consiglia di ricompilare il Questionario Digitale con cadenza annuale al fine di ottenere un'indicazione aggiornata circa lo stato di benessere, tramite l'Indice di valutazione del Benessere e Percorso di Prevenzione dedicato.

PERCORSO DI PREVENZIONE
Ogni Assicurato, rispondendo alle domande del Questionario Digitale, otterrà un Percorso di Prevenzione dedicato, che si pone l'obiettivo di indicare all'Assicurato come mantenere uno stile di vita sano ed effettuare una corretta prevenzione. Il Percorso di Prevenzione è costituito da una serie di azioni di prevenzione suddivise in 4 macro-categorie:
- **Stile di vita**: Suggerimenti per il miglioramento del benessere attraverso lo stile di vita (es. attività fisica, nutrizione)

- **Screening**: Azioni di prevenzione garantite dalle aziende sanitarie locali, sulla base dei Livelli di Assistenza Essenziali (LEA) del Ministero della Salute
- **Visite ed Esami**: Suggerimento di azioni di prevenzione basate su check-up "personalizzati" per sesso e per fascia di età
- **Terapie e Farmaci**: Azioni di monitoraggio e gestione proattiva di cronicità non complesse, al fine di evitare l'insorgere di complicanze

Il Percorso di Prevenzione è inteso come uno strumento di supporto all'Assicurato e al suo medico di medicina generale alla corretta gestione del benessere e della prevenzione, ma non fornisce di per sé un consulto medico e non sostituisce in ogni caso una idonea valutazione del medico.
In base alle azioni previste dal Percorso di Prevenzione l'Assicurato sarà invitato ad aggiornare il Calendario Salute a lui riservato sul Portale inserendo le attività da svolgere e indicando successivamente il loro completamento. Il Portale invierà dei pro-memoria in concomitanza con le scadenze indicate per lo svolgimento delle attività previste.
All'Assicurato sarà assegnato un *Indice di valutazione del Benessere*, ovvero un indicatore di sintesi visualizzabile attraverso il Portale Benessere, che indicherà durante l'Annualità assicurativa lo stato di completamento del Percorso di Prevenzione.
Completando infatti tutte le azioni previste dal Percorso di Prevenzione, sarà possibile raggiungere il punteggio massimo di 100, indice del fatto di aver seguito correttamente i consigli di benessere e di prevenzione per l'annualità di competenza.
Il Percorso di Prevenzione ha validità 1 anno. Allo scadere dell'annualità l'Assicurato dovrà effettuare nuovamente il Questionario Digitale al fine di ottenere un nuovo Percorso di Prevenzione.

CONSULTO DI ONBOARDING CON COACH DEL BENESSERE
L'Assicurato ha a disposizione un consulto di onboarding con il Coach del Benessere per annualità contrattuale, cioè una consulenza con un medico di medicina generale. Il consulto, richiedibile tramite Portale Benessere, ha l'obiettivo di spiegare e personalizzare ulteriormente il Percorso di Prevenzione tramite domande più approfondite fatte dal Coach del Benessere durante lo stesso. Al termine del consulto, l'Assicurato potrà ricevere un Percorso di Prevenzione aggiornato, consultabile tramite apposita funzionalità del Portale Benessere.
Il servizio è fornito da Generali Welion S.c.a.r.l., anche per il tramite di società terze sue partner.

Erogabilità	1 volta per annualità contrattuale

CARTELLA MEDICA
L'Assicurato ha a disposizione all'interno del Portale Benessere una Cartella Medica dove potrà visualizzare:
- una sintesi dei suoi dati medici raccolti tramite Questionario Digitale;
- altri dati raccolti tramite interazioni con il Portale Benessere in base alle azioni previste dal Percorso di Prevenzione (es. trend valori attività e benessere fisico, misurazione parametri principali);
- storico delle attività svolte inserite autonomamente dall'Assicurato nel Calendario Salute;
- eventuali referti e/o ricette digitali caricate autonomamente dall'Assicurato;
- eventuali referti e/o ricette bianche digitali ricevute via mail post teleconsulto e caricate autonomamente dall'Assicurato.

CALENDARIO SALUTE
L'Assicurato ha a disposizione all'interno del Portale Benessere un Calendario Salute per la visualizzazione e la gestione di tutti gli eventi legati al suo benessere, dove potrà visualizzare:
- gli eventi derivati dal Percorso di Prevenzione;
- gli eventi autonomamente inseriti dall'Assicurato.

L'Assicurato in vista di un evento riceverà una notifica.

CONVENZIONE SUL DELIVERY FARMACI
L'Assicurato Formula Salute può beneficiare di una convenzione esclusiva sul servizio di delivery farmaci.
Il servizio è fornito da Generali Welion S.c.a.r.l., anche per il tramite di società terze sue partner.
Per usufruire della convenzione, l'Assicurato troverà nella sezione dedicata del Portale Benessere il link di accesso all'e-commerce e il codice sconto da inserire in fase di acquisto.

TELECONSULTO MEDICO

NOTA BENE:

La funzionalità di teleconsulto medico non è disponibile in caso di Formula Persona con Contraente persona giuridica.

L'Assicurato può richiedere un consulto con un medico di medicina generale contattando il

numero verde 800 237 966
e ricordandosi di indicare il codice di riconoscimento: 112233.

Al termine del consulto l'Assicurato potrà ricevere via mail eventuali ricette bianche e/o referti che l'Assicurato potrà scaricare e autonomamente caricare nella sezione Cartella Medica del Portale Benessere.

Il servizio è fornito da Generali Welion S.c.a.r.l., anche per il tramite di società terze sue partner.

Condizioni di utilizzo:
Il teleconsulto medico può essere richiesto senza necessità di prenotazione, 24 ore su 24, 7 giorni su 7. In Polizza, in base alla formula acquistata, sono inclusi da 1 a 3 consulti medici da consumare nell'arco dell'annualità contrattuale, al termine dei quali non sarà più possibile richiedere il consulto per l'annualità in corso.

CARD SANITARIA
La Card Sanitaria, disponibile in formato cartaceo fornito dalla filiale o inviata via mail, dovrà essere mostrata presso la struttura convenzionata al momento della visita/prestazione così da beneficiare della tariffa convenzionata riservata ai clienti Formula Salute.

MODULO DIAGNOSI

1 - COSA È ASSICURATO

ART SD1 VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede:
- **al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura e/o studi professionali e/o laboratori di analisi non convenzionati;**
- **al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche e/o studi professionali e/o laboratori di analisi convenzionati e previo accordo con la Centrale Operativa Benessere;**

in caso di visite specialistiche, prelievi, esami di imaging (ad eccezione delle prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione di cui all'art. SD2 "Alta diagnostica") eseguiti ambulatorialmente e indipendenti da ricovero o intervento chirurgico, per:
- **malattia;**
- **infortunio;**
- **gravidanza a rischio;**

fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda di Polizza e con i limiti di seguito indicati:

Limiti	3.000 euro per anno assicurativo
Scoperto (in caso di rimborso)	20% con il minimo di 50 euro.

Si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia e sui ticket sanitari relativi a prestazioni fornite dal servizio pubblico.

Per la copertura all'estero vale quanto previsto all'art. CG6 "Validità territoriale".

Sono in copertura esclusivamente **le prestazioni di seguito elencate anche se eseguite in regime di day hospital:**
- onorari medici per visite specialistiche o per consulti;
- analisi ed esami e accertamenti diagnostici e di laboratorio (inclusi prelievi ed esami di imaging);

Si intendono qui compresi anche i seguenti esami diagnostici:
- elettrocardiogramma (ECG);
- elettroencefalografia (EEG);
- ecodoppler e ecocolordoppler;
- ricerca del sangue occulto nelle feci.

ESEMPI

ESEMPIO 1
Importo spese a rimborso 200 euro
Limite di indennizzo di 3.000 euro
Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo di 50 euro.

Scoperto 20% su 200 euro sarebbe 40 euro.
Poiché 40 euro < 50 euro, si applica l'importo di minimo scoperto (50 euro)

Rimborsato 150 euro (danno 200 euro al netto del minimo di 50 euro)

ESEMPIO 2
Importo spese a rimborso 2.500 euro
Limite di indennizzo di 3.000 euro
Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo 50 euro.

Scoperto su 2.500 euro è 500 euro.
Poiché 500 euro > 50 euro, si applica l'importo di scoperto conteggiato

Rimborsato 2.000 euro (danno 2.500 euro al netto dello scoperto di 500 euro)

ESEMPIO 3
Importo spese a rimborso 5.000 euro.
Limite di indennizzo di 3.000 euro.
Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo di 50 euro.

Scoperto da applicare sul danno liquidabile: 600 euro (20% su 3.000 euro). Poichè 600 euro > 50 euro, si applica l'importo di scoperto conteggiato.
Poiché il danno > limite di indennizzo, il limite di indennizzo diventa il danno liquidabile, su cui applico lo scoperto di 600 euro.

Rimborsato 2.400 euro (limite indennizzo 3.000 euro al netto dello scoperto di 600 euro).

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

CONTROLLI SUPPLEMENTARI
Per le seguenti patologie:
- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto;
- ictus cerebro vascolare;

le prestazioni sopra indicate e gli ulteriori controlli che dovessero aver luogo **entro 5 anni dal primo intervento, o dall'intervento di recidiva, effettuato durante la validità del contratto**, possono essere effettuati anche senza **la prescrizione medica relativa alla visita specialistica o alla prestazione diagnostica.**

2 - OPZIONI AGGIUNTIVE CON AUMENTO DEL PREMIO

Il Contraente può scegliere di acquistare la garanzia aggiuntiva illustrata di seguito, che è operante se indicata nella Scheda di Polizza.

ART. SD2. ALTA DIAGNOSTICA

La Società **provvede:**
- **al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura e/o studi professionali e/o laboratori di analisi non convenzionati;**
- **al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche e/o studi professionali e/o laboratori di analisi convenzionati e previo accordo con la Centrale Operativa Benessere;**

delle seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione, indipendenti da ricovero o intervento chirurgico, per malattia o infortunio:
- Amniocentesi
- Angiografia
- Cistografia
- Colecistografia
- Coronarografia e cateterismo cardiaco
- Diagnostica istologica e citologica (biopsia)
- Ecocardiografia
- Elettromiografia
- Elettroneurografia (ENG)
- Endoscopie diagnostiche (apparato cardiocircolatorio, respiratorio, urogenitale, esofago gastro duodeno scopia EGDS, retto-colon scopia)
- Potenziali evocati motori (PEM)
- Potenziali evocati somatosensoriali (PESS)
- PEA (potenziali evocati acustici)
- PEV (potenziali evocati visivi)
- Esame urodinamico completo
- Fluorangiografia oculare
- Isterosalpingografia
- Holter

- MOC - mineralometria ossea computerizzata
- Polisonnografia
- Risonanza Magnetica Computerizzata
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) e Angio-Tac
- Tomografia ad emissione di positroni (PET)
- Tomoscintigrafia ad emissione di fotone singolo (SPET)
- Tomografia Ottica Computerizzata (OTC)
- Urografia

fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda di Polizza e con i limiti di seguito indicati:

Limiti	4.000 euro per anno assicurativo
Scoperto (in caso di rimborso)	20% con il minimo di 100 euro.

Si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia e sui ticket sanitari relativi a prestazioni fornite dal servizio pubblico.

Per la copertura all'estero vale quanto previsto all'art. CG6 "Validità territoriale"

ESEMPI

ESEMPIO 1
Importo spese a rimborso 200 euro.
Limite di indennizzo di 4.000 euro.
Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo di 100 euro.

Scoperto 20% su 200 euro sarebbe 40 euro.
Poiché 40 euro < 100 euro, per conteggiare lo scoperto si applica l'importo di minimo scoperto (100 euro).

Rimborsato 100 euro (danno 200 euro al netto del minimo di 100 euro).

ESEMPIO 2
Importo spese a rimborso 2.500 euro.
Limite di indennizzo di 4.000 euro.
Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo 100 euro.

Lo scoperto su 2.500 euro è pari a 500 euro.
Poiché 500 euro > 100 euro, si applica l'importo di scoperto conteggiato.

Rimborsato 2.000 euro (danno 2.500 euro al netto dello scoperto di 500 euro).

ESEMPIO 3
Importo spese a rimborso 5.000 euro.
Limite di indennizzo di 4.000 euro.
Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo di 100 euro.

Scoperto da applicare sul danno liquidabile: 800 euro (20% su 4.000 euro). Poichè 800 euro > 100 euro, si applica l'importo di scoperto conteggiato.
Poiché il danno > limite di indennizzo, il limite di indennizzo diventa il danno liquidabile, su cui applico lo scoperto di 800 euro.

Rimborsato 3.200 euro (limite indennizzo 4.000 euro al netto dello scoperto di 800 euro).

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica che contenga regolare diagnosi o sospetto diagnostico.

CONTROLLI SUPPLEMENTARI
Per le seguenti patologie:
- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto;
- ictus cerebro vascolare;

le prestazioni sopra indicate e gli ulteriori controlli che dovessero aver luogo **entro 5 anni dal primo**

intervento, o dall'intervento di recidiva, effettuato durante la validità del contratto, possono essere effettuati anche senza la **prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica.**

MODULO CURA

1 - COSA È ASSICURATO

a) RICOVERI, INTERVENTI CHIRURGICI, DAY HOSPITAL E DAY SURGERY

ART. SC1 OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società provvede:
- **al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate e previo accordo con la Centrale Operativa Benessere, secondo quanto indicato all'art. SS2 "Pagamento diretto";**
- **al rimborso delle spese sanitarie di seguito indicate, sostenute in istituti di cura non convenzionati;**

in seguito a ricovero, con o senza intervento chirurgico, o intervento chirurgico anche ambulatoriale, per:
- **malattia;**
- **infortunio;**
- **parto;**

fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda di Polizza e con i limiti di seguito indicati:

Limiti	Massimale indicato nella Scheda di Polizza
Scoperto (in caso di rimborso)	20%
Sottolimiti:	
• parto cesareo	8.000 euro.
• parto naturale, interventi su tonsille e adenoidi, appendiciti, emorroidi, varici, ernie, cataratta.	6.000 euro.
• rette di degenza (rimborso se fuori convenzionamento)	250 euro al giorno.

Si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia e sui ticket sanitari relativi a prestazioni fornite dal servizio pubblico.

Per la copertura all'estero vale quanto previsto all'art. CG6 "Validità territoriale"

Le spese in copertura sono:

PRIMA DEL RICOVERO (con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale)
La Società offre la copertura delle spese sostenute per accertamenti diagnostici (effettuati anche in regime di day hospital / day surgery), esami di laboratorio, visite specialistiche e onorari dei medici **sostenuti nei 120 giorni precedenti** al ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale purché direttamente connesse con la patologia o l'infortunio che ha determinato il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale o il day surgery.

DURANTE IL RICOVERO
- rette di degenza, escluse le spese di comfort e/o relative a bisogni non essenziali e/o non direttamente connesse alla cura o all'intervento (quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristoranti e simili);
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente dell'equipe operatoria;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;
- assistenza medica e infermieristica;
- cure, trattamenti fisioterapici rieducativi;
- medicinali ed esami;

sostenute presso l'istituto di cura durante il ricovero.

DOPO IL RICOVERO (con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale)
La Società offre la copertura delle spese per accertamenti diagnostici (effettuati anche in regime di day hospital

/ day surgery), onorari dei medici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, **effettuati nei 120 giorni successivi** al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale, **purché direttamente connesse con la patologia o l'infortunio cheli ha determinati.**
Per i trattamenti fisioterapici o rieducativi a seguito di ictus cerebrale, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica e morbo di Parkinson) il predetto termine viene **elevato a 240 giorni successivi** al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale.

ESEMPI

ESEMPIO 1
Importo spese a rimborso 2.000 euro.
Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%.

Scoperto su 2.000 euro corrisponde a 400 euro.
Rimborso pari a 2.000 euro - 400 euro = 1.600 euro.

ESEMPIO 2
Importo spese a rimborso 10.000 euro per parto naturale.
Limite di indennizzo 6.000 euro.
Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%.

Scoperto da applicare sul danno liquidabile: 1.200 euro euro (20% su 6.000 euro).
Poiché il danno > limite di indennizzo, il limite di indennizzo diventa il danno liquidabile, su cui applico lo scoperto di 1.200 euro.
L'indennizzo è quindi 4.800 euro (6.000 euro - 1.200 euro).

ESEMPIO 3
Importo spese a rimborso 5.000 euro per parto naturale.
Limite di indennizzo 6.000 euro.
Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%.

Scoperto 1.000 euro (20% su 5.000 euro)
Indennizzo è quindi 4.000 euro (5.000 euro - 1.000 euro).

ART. SC2 ESTENSIONE DI GARANZIA SEMPRE OPERANTI - BASE

DIARIA SOSTITUTIVA
Se l'Assicurato non sostiene alcuna spesa sanitaria in occasione di ricovero con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale, né alcuna spesa prima del ricovero o dopo il ricovero, come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery", la Società provvede al pagamento di una diaria per ogni giorno di ricovero in un istituto di cura.

NOTA BENE:
Sono esclusi gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, la lungodegenza (RSA) per le cure di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

Diaria giornaliera	150 euro al giorno.
Durata	Massimo 365 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

Nel conteggio dei giorni sono compresi eventuali permessi medici.

SPESE PER IL TRAPIANTO D'ORGANI
La Società offre la copertura delle spese sanitarie rese necessarie dal trapianto d'organi sull'Assicurato.
Sono comprese anche le spese per l'espianto degli organi dal donatore vivente.

Limiti	Massimale della garanzia principale, come indicato nella Scheda di Polizza.

Scoperto	Come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".

DIARIA PER RICOVERO CONTEMPORANEO DEI CONIUGI
In caso di ricovero contemporaneo con almeno un pernottamento, anche per eventi diversi, dei coniugi o conviventi, di cui almeno uno assicurato, che abbiano in comune:
- figli minori, o
- figli portatori di handicap, o
- familiari anziani che richiedono cure e assistenza giornaliera da parte di uno dei coniugi.

La Società provvede al pagamento di una diaria per ogni giorno di ricovero.

Diaria giornaliera	100 euro al giorno.
Durata	Massimo 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

NOTA BENE:
Nel caso in cui l'Assicurato acquisti congiuntamente le garanzie:
- "Ricoveri, Interventi chirurgici, day hospital e day surgery";
- "Diaria da ricovero";

la presente estensione di garanzia non è cumulabile e quindi applicabile una sola volta.

BIMBO IN ARRIVO
Per tutte le donne Assicurate, in caso di gravidanze che hanno avuto inizio dopo la conclusione del contratto, la Società estende la garanzia di cui all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery" anche agli interventi chirurgici sul figlio in arrivo.

Limiti	Massimale della garanzia principale, come indicato nella Scheda di Polizza.
Scoperto	Come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".

ART. SC3 ESTENSIONI DI GARANZIA SEMPRE OPERANTI - EXTRA

MEDICINA ALTERNATIVA
A deroga dell'art. ES1 "Esclusioni", la Società offre la copertura delle spese sostenute dall'Assicurato per farmaci, visite e prestazioni inerenti l'esercizio di medicine e pratiche non convenzionali, limitatamente:
- all'agopuntura;
- all'osteopatia;
- alla chiropratica;
- medicina omeopatica;

purché prescritte da medico chirurgo abilitato all'esercizio della professione e riconosciuto dal SSN e praticate da specializzato nella medicina alternativa interessata.

Le prestazioni sono operative **solo a fronte di infortunio o malattia o parto coperti a termini di Polizza.**

Limiti	Massimo 70 euro per visita o prestazione.
	Fino a 10 visite o prestazioni per anno assicurativo.

SPESE PER APPARECCHI ED AUSILII
La Società offre la copertura delle spese sostenute a seguito di un intervento chirurgico o un ricovero per:
- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- l'acquisto, la manutenzione, la riparazione e il noleggio, di carrozzelle ortopediche, di apparecchi terapeutici e/o di mezzi ausiliari a sostegno di handicap.

La copertura è riconosciuta sempreché le spese risultino previste nella lettera o documentazione di dimissione.

Limiti	Limite di indennizzo 3.000 euro per anno assicurativo.

SPESE PER CURE PSICOTERAPICHE
La Società offre la copertura delle spese sostenute per le cure di assistenza psicologica rese necessarie al verificarsi di **almeno una delle seguenti circostanze:**

- incapacità dell'Assicurato di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore a 80 giorni;
- una malattia certamente o probabilmente insanabile dell'Assicurato o di un suo familiare, purché assicurato con la presente Polizza;
- la perdita totale di un senso;
- la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo, o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della facoltà di parlare (favella);
- l'aborto spontaneo o terapeutico avvenuto dopo il terzo mese dal concepimento dell'Assicurata;
- la deformazione, o l'alterazione dell'aspetto fisico;

a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di Polizza.

La garanzia è prestata per le spese sostenute presso uno psicologo o psicoterapeuta dall'Assicurato.

Limiti	Limite di indennizzo 2.000 euro per anno assicurativo.
	Massimale 15 sedute per anno assicurativo.
Scoperto	Come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".

NEONATO
Per tutte le donne Assicurate, in caso di gravidanze che hanno avuto inizio dopo la conclusione del contratto, la Società estende la garanzia di cui all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery" anche al figlio neonato.

Limiti	Limite di indennizzo 30.000 euro per anno assicurativo.
	Sono in copertura tutti gli interventi chirurgici e i ricoveri effettuati **nel primo anno di vita** del neonato.
Scoperto	Come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".

SOSTEGNO ALLE VITTIME DI VIOLENZE FISICHE
La Società offre la copertura delle spese per le cure psicoterapiche sostenute dall'Assicurato che ha subito violenze da terzi. Tali violenze devono aver comportato:

- un ricovero con o senza intervento chirurgico, anche ambulatoriale. In caso di violenza sessuale è sufficiente il day hospital o il referto medico del pronto soccorso;
- la denuncia alle autorità competenti.

Limiti	Limite di indennizzo 3.500 euro per anno assicurativo.
	Sono comprese le spese sostenute **entro 180 giorni** dalla denuncia del sinistro.
Scoperto	Come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".

PRESTAZIONE ORGANIZZATIVA DI INVIO DI UN'AMBULANZA
Su richiesta dell'Assicurato la Società organizza ed invia un'autoambulanza per il suo trasferimento dal luogo di domicilio sino al centro medico più vicino e viceversa, o per il trasferimento in altro centro medico.
Il costo della prestazione è a carico della Società.
Le prestazioni sono operative **solo a fronte di infortunio o malattia o parto coperti a termini di Polizza.**

Limiti	Massimo 250 euro per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00 escluse le festività infrasettimanali.

ELISOCCORSO
La Società rimborsa, in eccedenza a quanto sostenuto dal servizio pubblico, le spese sostenute dall'Assicurato a fronte della presentazione di regolari giustificativi di spesa, in caso di richiesta di intervento di soccorso speciale o del soccorso alpino tramite elicottero a causa di:
- infortunio o malore, in località non raggiungibile dai normali mezzi di locomozione;
- smarrimento per perdita dell'orientamento.

Limiti	Limite di indennizzo 1.500 euro per anno assicurativo.

SPESE PER L'ACCOMPAGNATORE
La Società offre la copertura per le spese documentate di vitto e pernottamento per un accompagnatore dell'Assicurato ricoverato presso un istituto di cura, ove non sussista disponibilità ospedaliera. L'istituto di cura deve essere situato ad oltre 50 km dalla residenza dell'accompagnatore.

Per gli interventi chirurgici relativi a:
- interventi su tonsille e adenoidi, appendici, emorroidi, varici, ernie, cataratta;
- parto cesareo;
- parto naturale;

la garanzia è prestata solamente se l'Assicurato è minore di 18 anni.

Limiti	Massimo 100 euro al giorno.
Durata	Massimo 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

INDENNITA' PER SOPRAVVENIENZA DI AFFEZIONI
Nel caso di sopravvenienza nel corso della copertura assicurativa **di un'infezione da HIV**, descritta all'art. CG7 "Cessazione della copertura per l'Assicurato", la Società riconoscerà comunque all'Assicurato un importo una tantum per consentirgli di poter effettuare le cure richieste dalla patologia.

Indennità	5.000 euro

b) INDENNITARIA

ART. SC4 OGGETTO DELLA GARANZIA

Questa garanzia ha per oggetto le seguenti coperture:

1. "Indennitaria da infortunio";
2. "Indennitaria per intervento chirurgico da infortunio, malattia o parto con taglio cesareo".

1. GARANZIA INDENNITARIA DA INFORTUNIO

La Società copre l'Assicurato, limitatamente a quanto indicato nell'allegato 1 "Tabella indennizzi indennitaria forfettaria da infortunio", **esclusivamente per gli infortuni subiti nello svolgimento di attività extraprofessionali**, cioè subiti:
- durante tutte le attività di normale vita domestica, sociale e di relazione;
- compresa l'esecuzione di lavori occasionali svolti per le normali esigenze familiari;
- e la partecipazione ad attività di volontariato non retribuito.

Sono poi compresi gli infortuni subiti dall'Assicurato nel **tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa** e nel tragitto dalla sede dell'attività lavorativa fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa, purché l'infortunio avvenga durante il tempo necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, pubblici e privati.

NOTA BENE:
Per le casalinghe, gli studenti ed i pensionati la copertura è da intendersi 24 ore su 24.

ESCLUSIONI E LIMITAZIONI
Sono escluse tutte le prestazioni relative agli infortuni che l'Assicurato subisce mentre presta opera retribuita alle dipendenze di terzi o in proprio a titolo professionale.

INDENNIZZO IN CASO DI LESIONI PLURIME
Qualora l'Assicurato subisca, nel corso dello stesso evento, più lesioni indennizzabili secondo quanto previsto dall' allegato 1 "Tabella indennizzi indennitaria forfettaria da infortunio" che segue, il limite massimo di indennizzabilità non potrà superare 150.000 euro per anno assicurativo.

2. GARANZIA INDENNITARIA DA INTERVENTO CHIRURGICO DA INFORTUNIO, MALATTIA O PARTO CON TAGLIO CESAREO

La Società garantisce, in caso di intervento chirurgico dell'Assicurato, il pagamento dell'indennizzo indicato nella tabella.

CLASSE DI INTERVENTO	INDENNIZZO per intervento in istituto di cura
I	200 euro
II	400 euro
III	1.000 euro
IV	2.100 euro
V	5.300 euro

CRITERI DI INDENNIZZO
L'ammontare dell'indennizzo è prestabilito in misura fissa e forfettaria in base alla tipologia di intervento chirurgico (vedi elenco nell'allegato 2 "Tabella indennizzi - Assicurazione indennitaria da intervento chirurgico"). Incrociando le classi di appartenenza dell'intervento chirurgico e la somma forfettaria di indennizzo per classe, sarà possibile stabilirne la misura.

ART. SC5 RISCHI SPORTIVI IN GARANZIA SENZA ALCUNA LIMITAZIONE

SPORT NON PROFESSIONISTICI: TIPOLOGIE COPERTE SENZA ALCUNA LIMITAZIONE

a. Sport non agonistici
Attività sportive a carattere ricreativo che non prevedano un tesseramento alle federazioni sportive o enti di promozione sportiva.
Sono compresi gli sport che comportino gli allenamenti e la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali e gli eventi avvenuti durante la pratica di sport (escluso il ciclismo) che prevedono un preventivo tesseramento alle federazioni sportive o enti di promozione sportiva, ma si sono verificati in ambito non agonistico (gare e allenamenti).

b. Sport agonistici a basso rischio
Partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti, anche con preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva dei seguenti sport: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela.

c. Alpinismo su roccia fino al 5° grado della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche) **e scalata di ghiaccio fino al grado II - 3 della Scala Canadese**, purché non avvengano in solitaria e con esclusione del free climbing.

ART. SC6 RISCHIO VOLO

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato, **in qualità di passeggero**, durante i voli di linea regolari e i charter di Società di Traffico Aereo Regolare (elenco pubblicato su "Flight Guide Worldwide" - OAG).
Ciò a condizione che non siano effettuati da società e/o aziende di lavoro aereo in occasioni di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclub.

L'assicurazione opera dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile fino al momento in cui ne è disceso.
Sono considerati infortuni anche quelli occorsi per imprudenza o negligenza grave dell'Assicurato in qualità di passeggero.

ART. SC7 RISCHIO GUERRA

A parziale deroga dell'art. 1912 del codice civile, la garanzia è estesa agli infortuni:
- connessi ad atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare;
- per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
- se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno Stato estero.

ART. SC8 ALTRI RISCHI ASSICURATI

Solo per la garanzia "Indennitaria da infortunio", sono sempre compresi:
- **asfissia di origine non morbosa;**
- **avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze;**
- **annegamento;**
- **assideramento o congelamento;**
- **colpi di sole o di calore, colpi di freddo;**
- **affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;**
- **infortuni per colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'art. 1900 del codice civile);**
- **infortuni causati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva (in deroga all'art. 1912 del codice civile);**
- **infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, non provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;**
- **lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie.**

c) MALATTIE GRAVI

ART. SC9 OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società corrisponde il capitale assicurato per "Malattie Gravi" se, durante il periodo di operatività del contratto, all'Assicurato viene diagnosticata una delle malattie gravi o stato di coma elencati di seguito, e se l'Assicurato stesso è in vita nei 30 giorni successivi alla diagnosi.

Le malattie gravi o stato di coma che garantiscono la corresponsione del capitale assicurato per "Malattie gravi" sono raggruppati in tre classi:

CLASSE PRIMA
- Infarto del miocardio (con menomazione della funzionalità cardiaca);
- Ictus (con deficit neurologico permanente);
- Insufficienza renale cronica;

CLASSE SECONDA
- Cancro (esclusi i casi meno avanzati);
- Trapianto di organi;

CLASSE TERZA
- Sclerosi multipla (di determinata gravità);
- Demenza avanzata (inclusa la malattia di Alzheimer);
- Morbo di Parkinson (di determinata gravità);
- Malattia del motoneurone (di determinata gravità);
- Coma (di durata non inferiore a 4 giorni).

ART. SC10 CARENZA
È previsto un periodo di carenza di 90 giorni per le malattie gravi o stato di coma indicati all'art. SC9 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi".

ART. SC11 PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE E LIMITAZIONE DI GARANZIA DOPO IL PRIMO SINISTRO

Dopo la diagnosi della prima malattia grave o stato di coma indennizzabile a termini di Polizza, **la copertura non sarà più operante per un periodo di 6 mesi (cd. "Periodo di Riqualificazione") a decorrere dalla data della prima diagnosi.**

NOTA BENE:

In ogni caso non saranno più in copertura le malattie gravi o gli stati di coma:
- **appartenenti alla stessa classe della prima malattia grave o stato diagnosticato;**
  e/o
- **che siano conseguenza degli stati patologici che hanno causato il primo sinistro.**

Trascorso il Periodo di Riqualificazione **la copertura sarà nuovamente operante con un capitale assicurato ridotto all'80% del capitale inizialmente assicurato ed esclusivamente per le malattie gravi o stato di coma che:**
- **non appartengano alla stessa Classe della prima malattia grave o stato diagnosticato;**

e/o
- **non sono conseguenza degli stati patologici che hanno causato il primo sinistro.**

Si terrà conto del Periodo di Riqualificazione anche nel caso in cui il contratto sia emesso in sostituzione di altro contratto malattie contenente la garanzia "Malattie gravi".

ART. SC12 LIMITAZIONE DI GARANZIA DOPO IL SECONDO SINISTRO

La garanzia cessa di avere efficacia dopo la denuncia del secondo sinistro indennizzabile a termini di Polizza.
Il premio complessivo di Polizza dovuto dal Contraente per le eventuali annualità successive sarà diminuito della parte di premio indicata per la garanzia "Malattie gravi".
Se il contratto è emesso in sostituzione di altro contratto malattie contenente la garanzia "Malattie gravi" e il contratto sostituito è già stato colpito da un sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la garanzia cessa di avere efficacia dopo la denuncia del primo sinistro indennizzabile a termini del presente contratto.

d) DIARIA DA RICOVERO

ART. SC13 OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società corrisponde all'Assicurato una diaria giornaliera in caso di ricovero per:
- malattia;
- infortunio;
- parto.

La diaria verrà corrisposta per ciascun giorno di degenza.
Nel conteggio dei giorni sono compresi eventuali permessi medici.

Diaria giornaliera	Importo come indicato nella Scheda di Polizza
Durata	Massimo 365 giorni per sinistro

Si conviene che qualora l'Assicurato sia soggetto ad un **ricovero in terapia intensiva per almeno 3 giorni, con necessità di assistenza ventilatoria**, in aggiunta alla diaria, sarà liquidata un'**indennità forfettaria pari a 1.000 euro** per testa assicurata.
Si precisa che l'indennità:
- sarà liquidata una sola volta per annualità assicurativa;
- è aggiuntiva, e non sostitutiva, a quanto altro sia dovuto contrattualmente.

Si precisa altresì che il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno.

La diaria viene raddoppiata in caso di ricovero a seguito di:
- uno dei grandi interventi chirurgici indicati nell'elenco "Grandi interventi chirurgici";
- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto;
- ricovero in terapia intensiva

come indicato nella seguente tabella:

Diaria giornaliera (per grande intervento chirurgico, neoplasie maligne, infarto miocardico acuto)	200% dell'importo "Diaria Ricovero" indicato nella Scheda di Polizza.
Numero giorni	Massimo 365 giorni per sinistro.

NOTA BENE:

La diaria viene corrisposta per al massimo 5 giorni in caso di ricovero per:
- interventi su tonsille e adenoidi;
- parto naturale;
- parto cesareo;
- aborto a seguito di infortunio.

Numero giorni (per ricovero a seguito di interventi su tonsille e adenoidi, parto naturale, aborto a seguito di infortunio)	Max. 5 giorni per sinistro.

La diaria viene corrisposta in misura pari al 150% in caso di day hospital o day surgery.
L'indennità è dovuta solo per day hospital/day surgery di durata superiore a 1 giorno (almeno 2 giorni), purché dalla documentazione dell'istituto di cura risulti che il day hospital/day surgery, fatta eccezione per le festività, è avvenuto ininterrottamente, come indicato nella seguente tabella:

Diaria giornaliera in caso di day surgery o day hospital	150% dell'importo "Diaria Ricovero" indicato nella Scheda di Polizza.
Numero giorni	Massimo 365 giorni per sinistro.

L'indennità per ricovero è corrisposta:
a) con le seguenti maggiorazioni, **non cumulabili tra di loro**, rispetto all'importo di "Diaria da Ricovero" indicato nella Scheda di Polizza:
   - 50% a partire dal quindicesimo giorno successivo a quello del ricovero;
   - 100% a partire dal trentesimo giorno successivo a quello del ricovero;
   - 100% per ogni giorno di degenza in reparti di cura intensiva.
b) aumentata del 50% in più rispetto all'importo "Diaria da ricovero" indicato nella Scheda di Polizza, se l'istituto di cura è situato all'estero.

NOTA BENE:
Si precisa che le maggiorazioni di cui alla lettera a) sono erogabili solo se l'istituto di cura è situato in Italia, e non sono cumulabili con la maggiorazione prevista alla lettera b).

ART. SC14 ESTENSIONI DI GARANZIA SEMPRE OPERANTI

DIARIA PER RICOVERO CONTEMPORANEO DEI CONIUGI
In caso di ricovero contemporaneo con almeno un pernottamento, anche per eventi diversi comunque in copertura, dei coniugi o conviventi, di cui almeno uno assicurato e che abbiano in comune:
- figli minori, o
- figli portatori di handicap, o
- familiari anziani che richiedono cure e assistenza giornaliera da parte di uno dei coniugi.

La Società provvede al pagamento di una diaria per ogni giorno di ricovero, come indicato nella seguente tabella:

Diaria giornaliera	100 euro al giorno
Durata	Massimo 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo

NOTA BENE:
Nel caso in cui l'Assicurato acquisti congiuntamente le garanzie:
- Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery;
- Diaria da ricovero;

la presente estensione di garanzia non è cumulabile.

2 - OPZIONI AGGIUNTIVE CON AUMENTO DEL PREMIO

Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le garanzie aggiuntive illustrate di seguito.
Le garanzie aggiuntive operanti sono quelle indicate nella Scheda di Polizza.

ART. SC15 RIPOSO TERAPEUTICO DOMICILIARE

Per le patologie di seguito elencate:
- gravidanza a rischio non dovuta a c.d. "lavoro pericoloso" secondo decreto legislativo 151 del 2001;
- lombosciatalgia acuta dovuta ad una riacutizzazione dolorosa ed invalidante di una forma lombalgica da artrosi o discopatia o da ernia del disco;
- rettocolite ulcerosa cronica o il morbo di Crohn (patologie infiammatorie intestinali con fasi di recrudescenza dolorosa con scariche diarroiche profuse, frequentissime e debilitazione);
- sclerosi multipla nelle fasi di riacutizzazione della malattia;
- altre patologie che, a valutazione del medico curante e della Società, abbiano caratteristiche tali da richiedere riposo terapeutico assoluto analogamente a quelle indicate sopra;

per le quali:
- non ci sia stato un ricovero o un intervento chirurgico, anche di tipo ambulatoriale;
- sia prescritto dal medico che ha in cura l'Assicurato un riposo terapeutico domiciliare per non compromettere la guarigione clinica;
- siano insorte dopo la stipula del contratto;

la Società provvede a corrispondere **il seguente indennizzo, se il riposo prescritto rientra nei termini sotto riportati:**

Indennizzo	1.000 euro per sinistro
Limiti	Massimo 2 volte per anno assicurativo.
Riposo terapeutico domiciliare per Gravidanza a rischio	Prescrizione del medico di almeno 30 giorni
Riposo terapeutico domiciliare per lombosciatalgia acuta	Prescrizione del medico di almeno 15 giorni
Riposo terapeutico domiciliare per rettocolite ulcerosa o morbo di Chron	Prescrizione del medico di almeno 10 giorni
Riposo terapeutico domiciliare per sclerosi multipla	Prescrizione del medico di almeno 15 giorni
Altre patologie	Prescrizione del medico di almeno 15 giorni

ART. SC16 COMA, ICTUS, INFARTO, MALATTIE ONCOLOGICHE, MALATTIE RARE

In aggiunta a quanto indicato nelle garanzie acquistate all'interno del Modulo CURA:
- art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery";
- art. SC4 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "b) Indennitaria";
- art. SC9 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi";
- art. SC13 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "d) Diaria da ricovero";

nel caso in cui all'Assicurato venga diagnosticata una delle seguenti patologie:
- ictus;
- infarto;
- malattia oncologica;
- malattie rare;
- oppure versi in uno stato di coma;

la Società riconosce le prestazioni di seguito elencate:

RIMBORSO SPESE
È previsto il rimborso delle spese sostenute, e certificate, dall'Assicurato, non strettamente di natura sanitaria (ad esempio: operatore sociale, baby sitter, taxi, farmaci non coperti dal SSN….) che l'Assicurato deve sostenere in conseguenza di una delle patologie o stato di coma sopra indicate, con i limiti indicati nella seguente tabella:

Limiti	Massimo 5.000 euro per anno assicurativo.

PRESTAZIONI ORGANIZZATIVE DI TRASFERIMENTI E SOGGIORNI
Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di sottoporsi a cicli di terapie per le patologie o stati sopra indicate, la

Società, per il tramite della Struttura Organizzativa, provvede all'organizzazione delle seguenti prestazioni per l'Assicurato ed anche per l'eventuale accompagnatore:

- trasferimento presso la città dove è situato l'Istituto di cura scelto, con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- pernottamento in zona limitrofa all'Istituto di cura;
- trasferimenti dal luogo di pernottamento all'Istituto di cura e viceversa, con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- rientro presso il domicilio al termine del periodo di cura.

La Società rimborsa i costi di trasferimento e soggiorno, fino alla concorrenza del massimale sotto indicato, a fronte di regolare documentazione.

Limiti	Massimo 2.000 euro per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA, nei casi in cui l'istituto di cura sia situato al di fuori del comune di residenza dell'Assicurato.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

TEST "FOUNDATIONONE CDX E FOUNDATIONONE LIQUID CDX" PER LA PROFILAZIONE GENOMICA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE
Per le sole malattie oncologiche di natura non benigna già diagnosticate che versino in fase localmente avanzata o metastatica, la Società offre la copertura delle spese relative ai test di FoundationOne CDx e FoundationOne Liquid CDx per la ricerca di eventuali mutazioni somatiche sul DNA tumorale, effettuato su un campione di tessuto tumorale (FoundationOne CDx) o tramite prelievo di sangue (FoundationOne Liquid CDx).

La prestazione è riconosciuta solamente a fronte di prescrizione dei medici che hanno in cura l'Assicurato o del medico curante, che certifichi la natura non benigna, già diagnosticata, dello stato localmente avanzato o metastatico della malattia oncologica.

L'Assicurato può effettuare il test (campione di tessuto o prelievo del sangue) presso gli Ospedali e le case di cura ed i laboratori convenzionati.

La prestazione è ripetibile, a distanza di tempo, una seconda volta solo nel caso in cui risultino rilevate tramite certificazione medica sostanziali progressioni della patologia.

ART. SC17 DENTAL

L'Assicurato potrà beneficiare delle prestazioni odontoiatriche di seguito indicate, esclusivamente presso le strutture convenzionate **Generali Welion S.c.a.r.l..**

Non è prevista alcuna forma di rimborso per prestazioni effettuate presso strutture non convenzionate.
La Società si fa carico del pagamento diretto completo delle prestazioni, secondo le condizioni del presente contratto.
Per i soli casi di cui alla successiva "CURA" lettera a), qualora l'Assicurato si trovi all'estero la prestazione sarà erogabile con applicazione dello scoperto come indicato all'art. CG6 "Validità territoriale"

A parziale deroga dell'art CG2 "Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione", l'assicurazione ha effetto dal 90° giorno successivo a quello del pagamento del premio.

Sono comprese le seguenti prestazioni:

PREVENZIONE
- una visita orale/visita specialistica, e
- una seduta di profilassi/ablazione semplice del tartaro

per ciascun Assicurato, **n. 1 volta per anno assicurativo**, con prestazioni erogabili in un'unica seduta.

CURA
a) Visita di emergenza con intervento d'urgenza (per effetto di un problema odontoiatrico che provochi

dolore, gonfiore o sanguinamento)

b) Radiologia
La Società provvede al pagamento del costo per l'effettuazione dell'esame:
- radiografia RX endorale (per n. 2 elementi)

Ogni Assicurato può usufruirne **nella misura di massimo n. 2 prestazioni per anno assicurativo**; tale limitazione non vale per le radiografie previste dalle prestazioni di endodonzia e chirurgia di seguito indicate.

c) Endodonzia
La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di endodonzia:
- terapia endodontica di n. 1, n. 2 o n. 3 canali radicolari, inclusa radiografia;
- amputazione coronale della polpa e otturazione del cavo pulpare (decidui).

Ogni Assicurato può usufruire **al massimo di una cura canalare o di una amputazione coronale della polpa per anno assicurativo, non ripetibile prima di 1 anno**; la prestazione non è mai ripetibile sullo stesso elemento.

d) Chirurgia
La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di chirurgia odontoiatrica:

- rimozione chirurgica di dente rotto (con eventuale RX pre-intervento);
- estrazione semplice di dente o radice (con eventuale RX pre-intervento);
- estrazione completa di dente o radice (o in inclusione ossea parziale) (con eventuale RX pre-intervento);
- estrazione di dente o radici in inclusione ossea totale (con eventuale RX pre-intervento).

Ogni Assicurato può usufruire di massimo **n. 2 prestazioni in totale tra quelle sopra elencate per anno assicurativo.**

Prevenzione	n. 1 volta per anno assicurativo, con prestazioni erogabili in un'unica seduta.
Cura • Visita di emergenza • Radiologia • Endodonzia • Chirurgia	 • Nessun limite. • Massimo n. 2 prestazioni per anno assicurativo. • Massimo n. 1 prestazione per anno assicurativo. • Massimo n. 2 prestazioni per anno assicurativo.

MODULO CONVALESCENZA

1 - COSA È ASSICURATO

ART. SP1 DIARIA DA CONVALESCENZA

In caso di ricovero reso necessario da:
- infortunio;
- malattia;
- parto cesareo;
- aborto terapeutico;
- donazione di organi;

seguito da convalescenza prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante, la Società corrisponde una indennità per ogni giorno di convalescenza nel quale l'Assicurato non abbia potuto svolgere le sue normali occupazioni lavorative.

L'indennità sarà corrisposta **fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda di Polizza e con i limiti di seguito indicati:**

Diaria giornaliera	Importo come indicato nella Scheda di Polizza.
Sottolimiti • durata pari a 1/3 del periodo della convalescenza • per i restanti 2/3 del periodo di convalescenza	100% dell'importo della diaria indicata nella Scheda di Polizza; 50% dell'importo della diaria indicata nella Scheda di Polizza.
Durata	Massimo 60 giorni per anno assicurativo In caso di day surgery la diaria è riconosciuta con il massimo di 5 giorni

Il periodo di convalescenza decorre dal giorno successivo alla data di cessazione del ricovero in istituto di cura o in day surgery.
La garanzia non è operante qualora la degenza sia avvenuta in regime di day hospital.

NOTA BENE:
La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione dei certificati medici (alla dimissione ed eventuali successivi) in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari o del medico curante. La Società si riserva di sottoporre a visita medica l'Assicurato allo scopo di verificare diagnosi e prognosi di guarigione.
Il pagamento avviene al termine della convalescenza prescritta.

ESCLUSIONI: QUALI PATOLOGIE?
La diaria da convalescenza post ricovero non opera per i casi di interventi a:
- **tonsille;**
- **vegetazioni adenoidi;**
- **parto non cesareo e malattie dipendenti da gravidanza.**

ART. SP2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI, RIABILITATIVI E MEDICINA ALTERNATIVA

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI, RIABILITATIVI
La Società provvede:
- al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura non convenzionati;
- al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate e previo accordo con la Centrale Operativa Benessere;

in caso di trattamenti fisioterapici e riabilitativi eseguiti ambulatorialmente e indipendenti da regime di ricovero o intervento chirurgico, per:
- malattia;
- infortunio;

coperti ai termini di Polizza, con i limiti di seguito indicati:

Limiti	Massimo 2.000 euro per anno assicurativo.
Franchigia	100 euro per sinistro.
Limite temporale	I costi di fisioterapia sono rimborsati se sostenuti entro 180 gg. dall'evento scatenante.
Scoperto (in caso di rimborso)	20%.

Si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia e sui ticket sanitari relativi a prestazioni fornite dal servizio pubblico.

MEDICINA ALTERNATIVA
In deroga all'art. ES1 "Esclusioni", con la presente garanzia è in copertura l'uso di farmaci e l'esercizio di pratiche non convenzionali, limitatamente:
- all'agopuntura;
- all'osteopatia;
- alla chiropratica;
- medicina omeopatica;

purché prescritte da medico chirurgo abilitato all'esercizio della professione e riconosciuto dal SSN e praticate da personale specializzato nella medicina alternativa interessata, nei limiti previsti dalla seguente tabella:

Limiti	Massimo 100 euro per visita o prestazione.
	Fino a 10 visite o prestazioni per anno assicurativo.

2 - OPZIONI AGGIUNTIVE CON AUMENTO DEL PREMIO

Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le garanzie aggiuntive illustrate di seguito.
Le garanzie aggiuntive operanti sono quelle indicate nella Scheda di Polizza.

ART. SP3 COMA, ICTUS, INFARTO, MALATTIE ONCOLOGICHE, MALATTIE RARE

In aggiunta a quanto indicato nelle garanzie acquistate all'interno del Modulo CONVALESCENZA :
- art. SP1 "Diaria da convalescenza";
- art. SP2 "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa";

nel caso in cui all'Assicurato venga diagnosticata una delle seguenti patologie:
- ictus;
- infarto;
- malattia oncologica;
- malattie rare;
- oppure versi in uno stato di coma;

la Società riconosce le prestazioni di seguito elencate:

RIMBORSO SPESE
È previsto il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, anche di natura non sanitaria (ad esempio spese organizzative, logistiche), conseguenti alla patologia o stato sopra indicato, nei limiti indicati dalla seguente tabella:

Limiti	Massimo 5.000 euro per anno assicurativo.

PRESTAZIONI ORGANIZZATIVE DI TRASFERIMENTI E SOGGIORNI
Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di sottoporsi, durante la fase della convalescenza, a cicli di terapie per le patologie o stati sopra indicate, la Società, per il tramite della Struttura Organizzativa, provvede all'organizzazione delle seguenti prestazioni per l'Assicurato ed anche per l'eventuale accompagnatore:

- trasferimento presso la città dove è situato l'Istituto di cura e/o riabilitativo scelto, con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- pernottamento in zona limitrofa all'Istituto di cura e/o riabilitativo;
- trasferimenti dal luogo di pernottamento all'Istituto di cura e/o riabilitativo e viceversa, con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- rientro presso il domicilio al termine del periodo di cura.

La Società rimborsa i costi di trasferimento e soggiorno, fino alla concorrenza del massimale **e nei limiti sotto indicati**, a fronte **della presentazione** di regolare documentazione.

Limiti	Massimo 2.000 euro per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA, nei casi in cui l'istituto di Cura sia situato al di fuori del comune di residenza dell'Assicurato.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. SP4 PRESTAZIONI ORGANIZZATIVE DI SERVIZIO

INFERMIERE A DOMICILIO
La Società, tramite la Struttura Organizzativa, garantisce, su richiesta dell'Assicurato, che è stato ricoverato per almeno 2 giorni continuativi, il reperimento e l'invio di un infermiere al domicilio dell'Assicurato, nei limiti indicati dalla seguente tabella:

Limiti	Massimo 700 euro per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 18:00 escluse le festività infrasettimanali.

SERVIZIO DI FISIOTERAPIA A DOMICILIO
La Società, tramite la Struttura Organizzativa, garantisce, su richiesta dell'Assicurato, che abbia riportato traumi o fratture semplici derivanti da infortunio o malattia, il reperimento e l'invio al domicilio di un'assistente fisioterapico specializzato, nei limiti indicati dalla seguente tabella:

Limiti	Massimo 500 euro per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00 escluse le festività infrasettimanali, con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto al momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato medico che attesti lo stato di salute dell'Assicurato.

AUTISTA A DISPOSIZIONE
La Società, tramite la Struttura Organizzativa, garantisce, su richiesta dell'Assicurato, che a seguito di immobilizzo, certificato dal proprio medico curante, non sia in grado di guidare e nessun familiare possa farlo per obiettive ragioni, provvede a mettergli a disposizione un taxi o un NCC (Noleggio Con Conducente) per il trasferimento alle visite di controllo o alle sedute di fisioterapia, nei limiti indicati dalla seguente tabella:

Limiti	Massimo 500 euro per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 18:00 escluse le festività infrasettimanali.

ACCOMPAGNAMENTO PER VISITE MEDICHE O CICLI DI TERAPIA
La Società, tramite la Struttura Organizzativa, garantisce, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che gli pregiudichi la possibilità di spostarsi in autonomia per recarsi presso un istituto di cura al fine di sottoporsi a visite mediche o cicli di terapia prescritte dal medico curante, l'organizzazione e il trasferimento dal domicilio ed il rientro dall'Istituto di cura, con il mezzo di trasporto maggiormente idoneo al suo stato di salute, nei limiti indicati dalla seguente tabella:

Limiti	Massimo 500 euro per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 18:00 escluse le festività infrasettimanali.

COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

Applicabili a tutte le garanzie della sezione comprese quelle aggiuntive, se presenti, prestabili con maggiorazione di premio.

ART. ES1 ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

1. **infortuni, malattie (anche croniche e recidivanti) e stati patologici, noti e/o che abbiano dato origine a cure e/o a esami, e/o diagnosticati prima della stipula del contratto;**
2. **le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni o difetti fisici evidenti o diagnosticati prima della stipula del contratto. Si ritengono, in ogni caso, in copertura limitatamente alle garanzie acquistate in Polizza:**
   a) **la deviazione del setto, o della piramide, nasale solo se resi necessari da infortunio, avvenuto dopo la sottoscrizione del contratto, e solo a seguito di presentazione di certificazione rilasciata dal centro di Pronto Soccorso e/o di esame radiografico attestante la frattura delle ossa nasali;**
   b) **gli interventi neonatali per la correzione di malformazioni congenite (nei primi 6 mesi di vita), se il neonato è assicurato dalla nascita o nato durante la vigenza della copertura della madre. Se acquistato l'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery", vale quanto previsto all' art. SC3 "Estensioni sempre operanti - extra" alla voce NEONATO.**
3. **le complicanze, le conseguenze dirette ed indirette, nonché i relativi postumi, di infortuni occorsi antecedentemente alla stipula del contratto.**

Sono esclusi:

4. **le spese sanitarie, gli interventi chirurgici e i ricoveri determinati da malattie mentali, disturbi psichici in genere e comportamenti nevrotici;**
5. **l'aborto volontario non terapeutico;**
6. **il parto o le malattie da gravidanza o puerperio, se la gravidanza stessa ha avuto inizio prima della conclusione del contratto;**
7. **le prestazioni e le terapie determinate da malattie trasmesse sessualmente;**
8. **la diagnosi e la cura della sterilità e dell'impotenza (salvo la cura dell'idrocele e del varicocele con un limite di 800 euro per sinistro, e per tutta la durata della copertura assicurativa, comprese eventuali sostituzioni), e le procedure per la fecondazione assistita;**
9. **i vaccini e/o i medicinali correlati a prestazioni di routine;**
10. **i trattamenti medici o chirurgici non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS (c.d. protocolli sperimentali), quelli non effettuati da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
11. **i farmaci non compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, nonché i medicinali omeopatici e galenici;**
12. **le spese relative a prestazioni di logopedia, salvo il caso in cui siano rese necessarie da ictus e/o siano conseguenza di traumi o interventi chirurgici all'encefalo e nervi cranici**
13. **le prestazioni aventi finalità estetica, fitoterapiche e dimagranti e relative conseguenze, salvo i casi di**
    - **interventi di chirurgia bariatrica, nei casi di obesità di III grado (indice di massa corporea superiore a 40) insorti in vigenza di Polizza;**
    - **interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio (è esclusa in ogni caso la manutenzione delle protesi);**

    ferme le esclusioni di cui al precedente punto 2 lettera b);
14. **check-up di medicina preventiva, salvo quanto previsto all'art. SPR2 "Check-up";**
15. **terapie e cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo e ortodontico, nonché del paradonto, con o senza intervento chirurgico, salvo quelle rese necessarie da malattie neoplastiche o da infortunio, effettuate in regime di ricovero, day hospital, Intervento Ambulatoriale, e salvo quanto indicato nell'art. SC17 "Dental" se acquistato;**
16. **i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;**

17. **le patologie e le intossicazioni causate da intossicazione cronico alcolica, da abuso di psicofarmaci, da uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;**
18. **gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi, legati ai disturbi d'identità sessuale;**
19. **le prestazioni finalizzate alla prevenzione delle patologie familiari;**
20. **ricoveri in case di terapie termali, centri idroterapici, centri del benessere, dietologici, ricoveri in case di riposo, case di soggiorno e di convalescenza; restano compresi i ricoveri nelle case di convalescenza, salvo quanto indicato all'art. SP2 "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa" se acquistato;**
21. **le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio per televisione, bar, e simili;**
22. **le protesi in genere nonchè l'acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, salvo quanto espressamente indicato all'art. SC3 "Estensioni sempre operanti - extra" (per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery") alla voce "Spese per apparecchi ed ausili";**
23. **day hospital a finalità diagnostica, non direttamente connesso con un ricovero o un intervento chirurgico, salvo se acquistate le garanzie di cui agli art. SD1 "Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici" e art. SD2 "Alta diagnostica";**
24. **le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**

Sono inoltre esclusi gli infortuni causati da:

25. **guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanza allucinogene;**
26. **da azioni o comportamenti direttamente correlati a: epilessia e sintomi epilettoidi, AIDS, sieropositività da HIV, Parkinson, Alzheimer;**
27. **guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;**
28. **azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;**
29. **manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;**
30. **pratica di sport pericolosi come: arti marziali, rugby, pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, hockey a rotelle e su ghiaccio, football americano; sport con autoveicoli, motoveicoli, natanti a motore o motonautici, a meno che non si tratti di competizioni di regolarità pura; sport aerei compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); scalata di roccia o di ghiaccio in solitaria, sci d'alpinismo compreso lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista (sono compresi invece se effettuati ai margini delle piste da sci battute), motoslitta, guidoslitta, bob (salvo piccole slitte carenate con fondo piatto per bambini), arrampicata libera (free climbing), salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo; uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti con cascate, rafting (eccetto quando sia presente un istruttore);gli sport cosiddetti "estremi" (ad esempio: canyoning, bungee jumping, spedizioni esplorative in genere, regate oceaniche, hydrospeed); body bulding/culturismo, intesi come ginnastica associata all'uso di integratori alimentari e farmacologici (non rientra in tale definizione l'uso di attrezzi in palestra per finalità atletiche e fisiche).**
    Sono esclusi anche: l'alpinismo, la speleologia e le immersioni subacquee svolte con modalità diverse da quelle indicate alla lettera c) dell'art. SC5 "Rischi sportivi in garanzia senza alcuna limitazione" ed ai punti 2, 3 e 4 dell'art. ES2 - "Limitazioni relative ai rischi sportivi".
    L'indicazione degli sport è esemplificativa e non limitativa.
    L'esclusione ne comprende anche altri non qui elencati, ma riconosciuti come parimenti pericolosi.
31. **pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, e/o relativi allenamenti, o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;**

e gli infortuni:

32. **subiti in stato di intossicazione cronica alcoolica, tossicodipendenza;**
33. **accaduti ad Assicurati soggetti a malattie mentali, disturbi psichici in genere e comportamenti nevrotici;**
34. **accaduti durante lo svolgimento del servizio militare volontario per mobilitazione.**

L'assicurazione infine non è operante per:

35. **le prestazioni successive alla data di scadenza, o di anticipata cessazione della Polizza, anche se la malattia si è manifestata, o l'infortunio è avvenuto, durante il periodo di validità della garanzia;**
36. **le conseguenze di guerra o di guerra civile, dichiarata e non, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale, qualsiasi atto di terrorismo, se l'Assicurato ne ha preso parte attiva. L'esclusione non opera se viene presentata documentazione idonea a dimostrare che non vi è nesso causale tra lo stato di guerra ed il sinistro;**
37. **inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;**
38. **le conseguenze derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo provocata dall'accelerazione artificiale delle particelle atomiche;**
39. **le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;**
40. **le malattie e gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose o comunque dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonchè le imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana.**

ART. ES2 LIMITAZIONI RELATIVE AI RISCHI SPORTIVI

INFORTUNI DERIVANTI DALLA PRATICA DI SPORT: LIMITAZIONI SPECIFICHE

Per gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport:

1. **Sport agonistici in genere: la partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque sport diverso da quelli definiti a "basso rischio", che preveda un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva;**
2. **Alpinismo su roccia oltre il 5° grado della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), e scalata di ghiaccio oltre il grado II - 3 della Scala Canadese, purché non avvengano in solitaria e con esclusione comunque del free climbing;**
3. **Speleologia, non a carattere professionale, purché effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzatura;**
4. **Immersioni subacquee con uso di autorespiratore: sono comprese le conseguenze derivanti dalla pressione dell'acqua e di embolie gassose, a condizione che non siano dovute allo svolgimento di attività professionale;**

La copertura opera a condizione che l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione legalmente autorizzata, oppure durante lo svolgimento di corsi di abilitazione con presenza di istruttore.

l'indennizzo previsto viene ridotto della metà.

SEZIONE ASSISTENZA

La Società assicura l'erogazione delle prestazioni di assistenza di seguito elencate per il tramite della Struttura Organizzativa.

Negli articoli seguenti sono descritte le prestazioni relative al Modulo o ai Moduli acquistati ed indicati in Polizza.

ART. AS1 COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, per poter usufruire delle prestazioni, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Struttura Organizzativa - attiva 24 ore su 24 - che interviene direttamente o ne deve autorizzare esplicitamente l'erogazione ai seguenti recapiti telefonici:

DALL'ITALIA:
800 053 088
(NUMERO VERDE)

DALL'ESTERO:
+39 02 24 128 883

Qualora l'Assicurato fosse impossibilitato a contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa può mettersi in contatto tramite l'indirizzo di posta elettronica:

assistenza.gruppocattolica@IMAItalia.it

In ogni caso l'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa i seguenti dati:
- codice fiscale dell'Assicurato o numero di contratto;
- motivazione della richiesta / circostanza del rischio;
- tipo di servizio richiesto;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa potrà contattarlo nel corso dell'erogazione della prestazione.

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di sinistro.

Le prestazioni sono erogate con costi a carico della Società ed entro i massimali eventualmente indicati in ogni singola prestazione. Qualora parte o tutto il costo della prestazione debba essere sostenuto dall'Assicurato, ciò viene esplicitato all'interno dell'articolo relativo a ciascuna singola prestazione.

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato di formalizzare per iscritto la richiesta di assistenza con l'integrazione di ulteriore documentazione da spedire a:

IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria all'erogazione della prestazione; in ogni caso è sempre necessario inviare alla Struttura Organizzativa la documentazione in originale (non in fotocopia) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese effettivamente sostenute.

Eventuali richieste di rimborso delle spese effettivamente sostenute, a condizione che:
- siano state preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa o
- siano state organizzate senza possibilità di preventivo contatto da parte dell'Assicurato con la Struttura Organizzativa a seguito di causa di forza maggiore;

devono essere inoltrate, corredate dai relativi giustificativi, a:

IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)

oppure tramite posta elettronica all'indirizzo: **rimborsi.gruppocattolica@IMAItalia.it**
La Struttura Organizzativa provvederà alla liquidazione entro 60 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa.

MODULO PREVENZIONE

COSA È ASSICURATO

ART. AS2 CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che ha necessità di una consulenza medica, predispone un consulto telefonico con i propri medici.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

NOTA BENE:
Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.
La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

ART. AS3 CONSULENZA MEDICA SPECIALISTICA TELEFONICA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che ha necessità di consigli medici specialistici e non riesce a reperire il proprio medico di fiducia (cardiologo, pediatra, dermatologo, ginecologo, psicologo), predispone un consulto telefonico con un medico specialista convenzionato.
Qualora il medico specialista non fosse immediatamente reperibile, l'Assicurato viene ricontattato entro le successive 8 ore lavorative.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

NOTA BENE:
La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).
La prestazione non si sostituisce ad una visita medica specialistica e non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

ART. AS4 SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che ha necessità di una vista specialistica, segnala il professionista più vicino compatibilmente con le disponibilità territoriali locali, nei limiti indicati della seguente tabella:

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS5 RICERCA E PRENOTAZIONE DI CENTRI SPECIALISTICI E DIAGNOSTICI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che ha necessità di sottoporsi a:
- visite specialistiche; e/o
- accertamenti diagnostici; e/o
- analisi ematochimiche;

sentito il medico curante e tenuto conto delle disponibilità territoriali locali, individua e prenota la visita presso lo specialista e/o il centro diagnostico e/o il centro di analisi ematochimiche in accordo con le esigenze

dell'Assicurato, nei limiti indicati della seguente tabella:

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

Il costo della visita specialista o diagnostica rimane a carico dell'Assicurato.

ART. AS6 INFORMAZIONI SANITARIE E FARMACEUTICHE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce indicazioni e chiarimenti in merito a:

TEMATICHE SANITARIE
- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicali e infettivologia;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- indirizzi di strutture sanitari e nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni (es. pediatria);
- consigli sull'espletamento delle pratiche presso gli uffici competenti;
- diritti sui vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.) nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

MEDICINALI COMMERCIALIZZATI IN ITALIA
- loro composizione;
- equivalenze di prodotti farmaceutici in commercio;
- posologie consigliate dalle Case farmaceutiche;
- eventuali controindicazioni.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

MODULO DIAGNOSI

COSA È ASSICURATO

ART. AS7 RICERCA E PRENOTAZIONE DI CENTRI SPECIALISTICI E DIAGNOSTICI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che ha necessità di sottoporsi a:
- visite specialistiche; e/o
- accertamenti diagnostici; e/o
- analisi ematochimiche;

sentito il medico curante e tenuto conto delle disponibilità territoriali locali, individua e prenota una visita presso lo specialista e/o il centro diagnostico e/o il centro di analisi ematochimiche in accordo con le esigenze dell'Assicurato.
Rimangono a carico dell'Assicurato i costi della visita specialista, degli esami diagnostici o delle analisi ematochimiche.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS8 MEDICAL SECOND OPINION

1. ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO
È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce un *medical second opinion* (secondo parere medico) relativo ad un approfondimento o ad una rivalutazione dello stato di salute.
L'Assicurato, colpito da infortunio o malattia diagnosticati o trattati terapeuticamente può contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.
Per beneficiare della prestazione, l'Assicurato o il medico curante devono:
- spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il caso clinico;
- compilare il questionario che viene fornito;
- mettere a disposizione la documentazione medica completa (biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica) che sia necessaria per valutare il caso.

La Struttura Organizzativa:
- procede alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica utile traducendola, ove necessario, in lingua inglese;
- effettua la seconda opinione medica mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nel quadro clinico o nella malattia dell'Assicurato.

Il servizio viene effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'Assicurato e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito che deve essere fornita alla Struttura Organizzativa dall'Assicurato o dal suo medico di fiducia.
La risposta del secondo parere medico, in forma scritta, sarà trasmessa dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato, o al suo medico di fiducia normalmente in 15 giorni lavorativi, e comunque al massimo entro 40 giorni lavorativi.

2. TELE/VIDEO CONFERENZA CON CENTRO MEDICO INTERNAZIONALE
Entro 10 giorni dalla data di ricevimento del secondo parere medico è facoltà dell'Assicurato richiedere alla Struttura Organizzativa l'organizzazione di una tele/video conferenza alla presenza del Direttore Medico della Struttura Organizzativa, eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del centro medico internazionale di riferimento che ha redatto il secondo parere medico.
La Società, qualora necessario, tiene a proprio carico il costo del trasferimento in:
- aereo (classe economica); o
- ferroviario (prima classe);

di andata e ritorno, per raggiungere la sede della Struttura Organizzativa a favore dell'Assicurato e di un

eventuale accompagnatore (familiare, medico curante, …).

Massimale	800 euro per annualità assicurativa.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

3. CURE MEDICHE E/O OSPEDALIERE NEGLI U.S.A.

Qualora l'Assicurato decida di sottoporsi alle cure mediche e/o ospedaliere negli United States of America (U.S.A.) consigliate nel secondo parere medico, coerenti con il quadro clinico corrispondente alla patologia sofferta, la Struttura organizzativa presta i seguenti servizi:

- consulenza nella selezione delle strutture ospedaliere e dei medici in U.S.A. per il trattamento adeguato del caso tra quelle comprese nella rete ospedaliera convenzionata con la Struttura Organizzativa;
- consulenza e supporto per le pratiche di ingresso ed accettazione nella struttura ospedaliera scelta dall'Assicurato;
- prenotazione di visite mediche con i medici operanti presso le strutture ospedaliere scelte dall'Assicurato in U.S.A.;
- prima della partenza per gli U.S.A. la Struttura Organizzativa fornisce all'Assicurato i preventivi e la stima dei costi relativi al ricovero ed agli onorari medici corrispondenti alle cure mediche che l'Assicurato riceve durante il periodo di degenza/terapia in U.S.A.;
- qualora lo stato di salute dell'Assicurato lo richieda coordinamento del trasferimento con aereo sanitario fino agli U.S.A. o terrestre con autoambulanza negli U.S.A.;
- gestione della prenotazione dei viaggi aerei e del pernotto presso struttura alberghiera a favore dell'Assicurato e dei famigliari che lo accompagnano in U.S.A.;
- coordinamento dell'accoglienza dell'Assicurato e dei famigliari che lo accompagnano nell'aeroporto di arrivo in U.S.A. e successivo trasferimento al luogo di pernotto, se il viaggio è finalizzato a ricevere, da parte dell'Assicurato, i trattamenti ospedalieri consigliati nel secondo parere medico fornito;
- a partire dall'ingresso dell'Assicurato nella struttura ospedaliera scelta, la Struttura Organizzativa fornisce, qualora ce ne sia la necessità, l'accesso ai servizi di interpreti qualificati per facilitare l'erogazione delle cure mediche negli U.S.A.;
- coordinamento delle cure nell'ospedale scelto dall'Assicurato e degli appuntamenti con il medico specialista;
- revisione, controllo e analisi delle corrispondenti fatture e verifica delle voci definite come "usuali e solite" nel corso del trattamento terapeutico a favore dell'Assicurato;
- auditing completo delle voci e delle spese inserite nelle fatture, relazionate con le cure mediche ricevute dall'Assicurato;
- conseguimento di eventuali sconti, sui costi dei servizi medici e ospedalieri in virtù di convenzioni tra i centri specialistici in U.S.A. e la Struttura Organizzativa.

Tutte le spese mediche inerenti il periodo di ricovero/degenza, così come tutte le spese di trasporto e pernottamento rimangono a carico dell'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS9 INVIO DI UN PEDIATRA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che ha beneficiato dell'erogazione della prestazione di cui al precedente art. AS2 "Consulenza medica telefonica" ed accertata l'oggettiva necessità, invia un pediatra per il figlio colpito da infortunio o malattia.
Qualora il pediatra fosse impossibilitato ad intervenire, la Struttura Organizzativa trasferisce il bambino in autoambulanza verso il più vicino centro medico idoneo alla gestione dell'urgenza.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

NOTA BENE:

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di

emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

ART. AS10 INFORMAZIONI UTILI A FAVORE DI PARTORIENTI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce:
- informazioni mediche e paramediche durante l'intero periodo di gestazione;
- informazioni telefoniche su maternità, nidi, pratiche amministrative;
- supporto psicologico telefonico;
- informazioni sull'allattamento materno.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerd' dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS11 INFORMAZIONI BANCA CELLULE STAMINALI DEL CORDONE OMBELICALE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce informazioni durante il periodo di gravidanza, e non oltre il sessantesimo giorno dalla data del presunto parto, in merito alle strutture che offrono i seguenti servizi:
- donazione eterologa;
- crioconservazione privata delle cellule staminali del cordone ombelicale.

Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerd' dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS12 CONSULENZA TELEFONICA PSICOLOGICA A SEGUITO DI DIAGNOSI SFAVOREVOLE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato a cui venga diagnosticata:
- una malattia oncologica; o
- una malattia neurodegenerativa (SLA o sclerosi multipla); o
- la necessità di doversi sottoporre ad un grande intervento chirurgico;

provvede all'organizzazione di un consulto telefonico psicologico con un professionista.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerd' dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.

ART. AS13 SEGNALAZIONE PSICOLOGO PER SOSPETTO MOBBING

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che sospetta di essere vittima di mobbing, provvede alla segnalazione di uno psicologo per una consulenza telefonica.

Rimane a carico dell'Assicurato l'onorario dello psicologo.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerd' dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.

MODULO CURA

COSA È ASSICURATO

ART. AS14 INVIO DI UN MEDICO GENERICO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, reperisce ed invia un medico generico.
Qualora il medico fosse impossibilitato ad intervenire, la Struttura Organizzativa trasferisce l'Assicurato in autoambulanza verso il più vicino centro medico idoneo alla gestione dell'urgenza.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

NOTA BENE:
La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

ART. AS15 ORGANIZZAZIONE VISITA PEDIATRICA A DOMICILIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, reperisce un pediatra convenzionato per una visita domiciliare nel luogo indicato.

Rimane a carico dell'Assicurato Il costo della visita medica compreso il diritto di uscita del medico.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS16 INVIO DI UN'AMBULANZA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, reperisce ed invia un'autoambulanza per il suo trasferimento dal luogo di domicilio sino al centro medico più vicino.

Massimale	250 euro per annualità assicurativa.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

NOTA BENE:
La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

ART. AS17 TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA DOPO IL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, dimesso dal ricovero di primo soccorso, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, ne predispone il trasferimento verso il domicilio tramite autoambulanza.

Massimale	300 km per sinistro considerando il tragitto struttura di primo soccorso - domicilio dell'Assicurato andata e ritorno.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

NOTA BENE:
La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

ART. AS18 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, si occupa di:
1) tenuto conto della disponibilità esistente, individuare e prenotare l'istituto di cura italiano o estero maggiormente attrezzato per la patologia di cui soffre l'Assicurato;
2) organizzare il trasporto dell'Assicurato, compatibilmente alle sue condizioni sanitarie, verso l'istituto di cura italiano o estero individuato con il mezzo più idoneo tra quelli di seguito elencati:
   - aereo sanitario limitatamente al trasferimento verso paesi dell'Europa e del bacino del Mediterraneo che non si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
   - aereo di linea in classe economica eventualmente in barella;
   - treno in prima classe e qualora ce ne sia necessità in vagone letto;
   - autoambulanza senza limiti di chilometraggio;
3) ove necessario assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS19 ACCOMPAGNATORE IN CASO DI TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, qualora venga erogata la prestazione di cui al precedente art. AS18 "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato", provvede all'organizzazione del viaggio e del soggiorno di un accompagnatore scelto dall'Assicurato tra un familiare o una persona di sua fiducia.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di viaggio, di vitto ed alloggio.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerd' dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS20 MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale i medici della Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, prendono contatto con i medici curanti ove l'Assicurato è ricoverato per seguirne l'evoluzione clinica della patologia informando, qualora necessario, i famigliari sul decorso.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

NOTA BENE:
La prestazione è fornita previo consenso esplicito dell'Assicurato al reparto di degenza, in conformità al Regolamento europeo 2016/679 (protezione dei dati) e alla relativa normativa interna di adeguamento.

ART. AS21 ASSISTENZA PRESSO ISTITUTO DI CURA (VEGLIE)

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia che necessita di assistenza durante la degenza, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, reperisce ed invia, nel minor tempo possibile e compatibilmente con le oggettive situazioni territoriali locali, un operatore sociosanitario.

Massimale	500 euro per annualità assicurativa.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS22 ASSISTENZA PER FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI

È attivo un servizio di assistenza grazie a quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia che necessita di assistenza per i familiari non autosufficienti con lui conviventi o residenti a 50 km dalla residenza dell'Assicurato rimasti soli, organizza i seguenti servizi a loro necessari:

- invio di un operatore-sociosanitario;
- invio di un infermiere;
- spesa a casa.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi ai beni acquistati a seguito dell'erogazione del servizio "SPESA A CASA".

Massimale	500 euro per annualità assicurativa. SPESA A CASA: massimo 2 buste e massimo 3 volte a settimana.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa e nell'arco delle prime 4 settimane di convalescenza.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	I servizi sono erogati con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovati con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura. INVIO DI UN OPERATORE SOCIO SANITARIO ed INVIO DI UN INFERMIERE: i servizi sono erogati 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno. SPESA A CASA: il servizio è erogato dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS23 INVIO DI UN AUTISTA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, impossibilitato a guidare in autonomia, reperisce ed invia un autista convenzionato (taxi o NCC: noleggio con conducente in Italia) per gli spostamenti necessari.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo dell'autista, compreso l'eventuale diritto di uscita.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerd' dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS24 INVIO BABY SITTER

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato

ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia da più di 2 giorni consecutivi che non abbia la possibilità di occuparsi dei propri figli di età inferiore di anni 12, reperisce ed invia, salvo disponibilità, una baby sitter per accudirli.

Massimale	300 euro per annualità assicurativa.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con la baby sitter con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura.

ART. AS25 ACCOMPAGNAMENTO A SCUOLA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia da più di 2 giorni consecutivi, che non abbia la possibilità di portare a scuola i propri figli di età inferiore di anni 12, reperisce ed invia, salvo disponibilità e previa sottoscrizione dell'idonea liberatoria, un taxi per accompagnarli.

Massimale	200 euro per annualità assicurativa.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'autista con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura.

ART. AS26 ACCOMPAGNAMENTO ATTIVITÀ EXTRASCOLASTICHE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia da più di 2 giorni consecutivi, che non abbia la possibilità di accompagnare nelle attività extrascolastiche i propri figli di età inferiore di anni 12, invia, salvo disponibilità, e previa sottoscrizione dell'idonea liberatoria un taxi per accompagnarli.

Massimale	200 euro per annualità assicurativa.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'autista con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura.

ART. AS27 CUSTODIA ANIMALI DOMESTICI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia da più di 2 giorni consecutivi o immobilizzato che si trovi impossibilitato ad affidare il suo animale domestico (cane o gatto di proprietà documentata), ne predispone la custodia in un'idonea struttura di accoglienza.

Massimale	300 euro per annualità assicurativa.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in EUROPA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura.

ART. AS28 SEGNALAZIONE INSEGNANTE ON-LINE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura colpito a seguito di infortunio o malattia, che non abbia la possibilità di seguire i propri figli minori studenti regolarmente iscritti alle scuole Primarie e Secondarie di primo grado nello svolgimento dei compiti scolastici, reperisce un'insegnante on-line.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo orario dell'insegnante on-line.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.

ART. AS29 CUSTODIA DEL VEICOLO A SEGUITO RICOVERO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato d'urgenza in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, organizza il traino e la custodia del veicolo con il quale si è recato in autonomia all'istituto di cura presso un deposito vicino alla sua abitazione per un periodo corrispondente ai giorni di degenza.
Il ritiro del veicolo potrà avvenire solo in presenza di persona delegata dell'Assicurato.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di traino e custodia del veicolo.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS30 PROTEZIONE ABITAZIONE A SEGUITO RICOVERO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, invia una guardia giurata per la sorveglianza dell'abitazione ove risiede se i mezzi di chiusura della stessa risultassero compromessi e non più operanti a seguito di effrazione e/o scasso durante il periodo di degenza.

Massimale	8 ore lavorative per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS31 ORGANIZZAZIONE TRASFERIMENTO E SOGGIORNO PER GRANDI INTERVENTI O TERAPIE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato al quale viene diagnosticata una:
- patologia che comporti il doversi sottoporre ad un grande intervento chirurgico; o
- malattia di natura oncologica e deve sottoporsi a cicli di terapie; o
- malattia neurodegenerativa (SLA, Sclerosi multipla) e deve sottoporsi a cicli di terapie/riabilitazione;

presso un istituto di cura situato fuori dalla provincia di residenza, organizza a tariffe convenzionate, anche per l'eventuale accompagnatore designato dall'Assicurato:
- il trasferimento presso la città dove è situato l'istituto di cura scelto con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- il pernottamento in zona limitrofa all'istituto di cura;
- i trasferimenti dal luogo di pernottamento all'istituto di cura e viceversa con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- il rientro presso il domicilio al termine del periodo di cura.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di trasporto e soggiorno.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa entro 1 anno dalla diagnosi della patologia/malattia.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS32 ORGANIZZAZIONE TRASFERIMENTO E SOGGIORNO IN CASO DI RICOVERO DEL FIGLIO NEONATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato il cui figlio nato con gravi problematiche non curabili negli istituti di cura della provincia di residenza viene trasferito in urgenza su indicazione del medico curante in un istituto di cura fuori dalla provincia di residenza, provvede ad organizzare a tariffe convenzionale:

- il trasferimento nella città dove è situato l'istituto di cura;
- il pernottamento in zona limitrofa all'istituto di cura;
- i trasferimenti dal luogo di pernottamento all'istituto di cura e viceversa con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo per tutto il periodo di degenza del figlio;

a favore dell'Assicurato e della sua famiglia.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di trasporto e soggiorno.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa entro 1 anno dalla nascita del figlio.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS33 PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in viaggio che non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro verso il domicilio nella data programmata a seguito di infortunio o malattia improvvisa, prenota un albergo o un residence.
La Società tiene a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione.
Al suo rientro, l'Assicurato deve presentare la documentazione relativa alla causa che ha reso necessario il prolungamento del soggiorno.

Massimale	750 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno e comprovata con l'invio del certificato medico che attesti lo stato di salute dell'Assicurato.

ART. AS34 VIAGGIO DI UN FAMILIARE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia ed in assenza di un congiunto sul posto che lo possa seguire, mette a disposizione di familiare un biglietto di viaggio andata e ritorno:

- in treno in prima classe;
- in aereo in classe economica se il viaggio dovesse superare le sei ore;

per raggiungerlo.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di vitto ed alloggio e tutte le spese diverse dai titoli di viaggio.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS35 ASSISTENZA AI MINORI DI ANNI 14

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in viaggio colpito da infortunio o malattia improvvisa o altra causa di forza maggiore che gli pregiudica la possibilità di occuparsi dei figli minori o portatori di handicap con lui in viaggio, mette a disposizione di un familiare o dell'accompagnatore designato dall'Assicurato un biglietto:
- aereo in classe economica;
- ferroviario in prima classe;
- per il traghetto;

per raggiungere i figli minori o portatori di handicap.
Successivamente la Struttura Organizzativa mette a disposizione all'accompagnatore ed ai figli minori o portatori di handicap un biglietto:
- aereo in classe economica;
- ferroviario in prima classe;
- per il traghetto;

per ritornare alla propria residenza in Italia.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS36 RIENTRO ANTICIPATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in viaggio obbligato a rientrare improvvisamente alla propria residenza a causa del decesso di:
- coniuge / convivente more uxorio;
- figlio/a;
- fratello / sorella;
- genitore;
- suocero/a;
- genero / nuora;

fornisce un biglietto:
- aereo in classe economica;
- ferroviario di prima classe;

per raggiungere il luogo in Italia dove è deceduto o dove viene sepolto il familiare.
La Struttura Organizzativa provvedere a far rientrare con l'Assicurato anche un minore purché facente parte del medesimo nucleo familiare e con lui in viaggio.
La Struttura Organizzativa mette a disposizione dell'Assicurato un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare il proprio veicolo qualora si trovasse impossibilitato ad utilizzarlo per rientrare anticipatamente.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS37 RIENTRO SANITARIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia durante un viaggio, le cui condizioni sanitarie siano tali che i medici della Struttura Organizzativa d'intesa:
- con i medici curanti sul posto; o
- in assenza di questi ultimi, con il medico inviato sul posto dalla Struttura Organizzativa;

ritengano necessario un trasferimento in un istituto di cura prossimo alla residenza in Italia per garantire le cure più adeguate alle condizioni dell'Assicurato, ne organizza il rientro con il mezzo di trasporto più idoneo tra quelli di seguito elencati:
- aereo sanitario limitatamente al trasferimento dai paesi dell'Europa e del bacino del Mediterraneo che non si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- dagli altri paesi del mondo con aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato (se necessario con l'accompagnamento di personale medico e/o infermieristico);

- treno di prima classe e qualora ce ne siano le necessità tramite vagone letto;
- autoambulanza.

ESCLUSIONI
Il trasferimento non è previsto per:
- **malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie;**
- **infortuni e malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessiti di rientro sanitario e possano essere curate sul posto;**
- **se l'Assicurato o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.**

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa e quando il sinistro si verifica oltre 100 km dal comune in cui l'Assicurato è domiciliato.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS38 RIENTRO SANITARIO CON UN FAMILIARE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato a favore del quale sia stata erogata la prestazione al precedente art. AS37 "Rientro sanitario" e qualora i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio di rientro, provvedono all'organizzazione del rientro dell'Assicurato accompagnato da un familiare, utilizzando lo stesso mezzo, fino al luogo di ricovero in Italia o alla sua residenza.
Qualora la Struttura Organizzativa abbia provveduto al rientro del familiare a proprie spese, la stessa ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto (aereo, ferroviario, ecc.) non utilizzato per il rientro programmato alla residenza.

Rimangono a carico dell'Assicurato le spese di soggiorno del familiare.

Massimale	750 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS39 RIENTRO DELL'ASSICURATO CONVALESCENTE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato convalescente dopo un ricovero ospedaliero avvenuto durante il viaggio, provvede al suo rientro, ed eventualmente a quello di un suo compagno di viaggio, verso la residenza, purché il rientro avvenga in data
e con un mezzo di trasporto diversi da quelli inizialmente previsti mettendo a disposizione un biglietto:
- aereo in classe economica;
- ferroviario ordinario di prima classe;
- per un traghetto.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS40 RIENTRO DEI FAMILIARI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato a favore del quale venga erogata la prestazione di cui all'art. AS39 "Rientro dell'Assicurato convalescente", fornisce i biglietti di rientro (biglietto aereo in classe economica oppure biglietto ferroviario in prima classe) verso la residenza in Italia anche ai familiari in viaggio con l'Assicurato purché facenti parte dello stesso nucleo familiare, che non siano in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo di trasporto previsto.
La Struttura Organizzativa ha la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggi non utilizzati per il rientro.

Massimale	350 euro per persona assicurata se il viaggio di rientro avviene dall'Italia. 500 euro per persona assicurata se il viaggio di rientro non avviene dall'Italia.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS41 RIENTRO FAMILIARI VIAGGIATORI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato a favore del quale sia stata erogata la prestazione al precedente art. AS36 "Rientro sanitario", fornisce ai componenti del suo nucleo familiare che siano con lui in viaggio:
- un biglietto aereo in classe economica; o
- un biglietto ferroviario, prima classe;

per rientrare alla propria residenza in Italia qualora non siano in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato.
La Società ha la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

Massimale	350 euro per persona assicurata se il viaggio di rientro avviene dall'Italia. 500 euro per persona assicurata se il viaggio di rientro non avviene dall'Italia.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS42 TELEFARMACOLOGIA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale i medici della Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che si trova all'estero e necessita di conoscere il nome commerciale locale di un farmaco o del corrispondente principio attivo, forniscono le informazioni sanitarie richieste.

NOTA BENE:
La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza.
Il servizio è attualmente disponibile in 18 differenti lingue (italiano, inglese, francese, turco, russo, cinese, thailandese, olandese, ebraico, polacco, portoghese, tedesco, ceco, greco, rumeno, spagnolo, arabo, giapponese).

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS43 INTERPRETE ALL'ESTERO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato presso un istituto di cura per infortunio o malattia e che non abbia familiarità con la lingua del luogo in cui si trova, reperisce ed invia un interprete.

Massimale	8 ore lavorative per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO con esclusione dell'ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS44 INVIO MEDICINALI, PROTESI E OCCHIALI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in viaggio che abbia bisogno di

- protesi; o
- occhiali; o
- medicinali regolarmente prescritti da un medico;

e che siano introvabili sul posto purché commercializzati in Italia, li reperisce e li invia con il mezzo più rapido nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto.
In alternativa la Struttura Organizzativa può fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di quanto acquistato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS45 TANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITÀ

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in viaggio colpito da infortunio o malattia, gli anticipa delle spese improvvise di prima necessità che deve sostenere e non può provvedere direttamente ed immediatamente.
L'Assicurato deve restituire la somma anticipata entro un mese dalla data di erogazione. In caso di ritardo, verranno addebitati gli interessi al tasso legale corrente.

COSA FARE IN QUESTO CASO
L'Assicurato deve:

1. comunicarne la causa e l'ammontare della cifra necessaria;
2. fornire le adeguate garanzie bancarie scritte per la restituzione di quanto anticipato;
3. comunicare il suo recapito e quello dei referenti necessari a verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.

NOTA BENE:
La prestazione non è operante se il trasferimento di denaro all'estero comporta la violazione delle norme vigenti in materia in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

MODULO CONVALESCENZA

COSA È ASSICURATO

ART. AS46 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

I servizi di seguito elencati sono attivabili qualora l'Assicurato abbia subito un ricovero in istituto di cura, a seguito di infortunio o malattia, di almeno:
- **8 giorni se con intervento chirurgico;**
- **12 giorni se senza intervento chirurgico.**

Le modalità per usufruirne delle prestazioni vengono definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato e il medico curante.

1. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE
La Struttura Organizzativa gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico.

2. PRESTAZIONI PROFESSIONALI
In caso di necessità la Struttura Organizzativa invia al domicilio dell'Assicurato del personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale).

3. SERVIZI SANITARI
Se l'Assicurato ha bisogno di eseguire presso il proprio domicilio prelievi di sangue, ecografie, esami radiografici e altri accertamenti diagnostici eseguibili a domicilio e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa predispone i servizi richiesti.

4. SERVIZI NON SANITARI
Se l'Assicurato ha bisogno di sbrigare faccende relative alla vita familiare quotidiana quali ad esempio: pagamento di bollettini postali, acquisto di generi di prima necessità, disbrigo di incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori; la Struttura Organizzativa predispone i servizi richiesti.

VALIDO PER I SERVIZI INDICATI AI PUNTI 1. 2. 3. 4.	
Massimale	30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.
Erogabilità	Ogni singolo servizio è erogabile 1 volta per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'operatore sanitario con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.

ART. AS47 RIENTRO DAL CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che abbia beneficiato della prestazione di cui al precedente art. AS18 "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato", in dimissione dall'istituto di cura a seguito di 2 giorni continuativi di degenza, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, provvede all'organizzazione del suo rientro utilizzando il mezzo di trasporto maggiormente idoneo allo stato di salute dell'Assicurato tra quelli di seguito elencati:
- aereo di linea in classe economica eventualmente in barella;
- treno in prima classe e qualora ce ne sia necessità in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di chilometraggio.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno e comprovata con l'invio del certificato di dimissione emesso dall'istituto di cura.

ART. AS48 ACCOMPAGNATORE IN CASO DI RIENTRO DAL CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che abbia beneficiato della prestazione di cui al precedente art. AS47 "Rientro dal centro ospedaliero attrezzato", organizza il viaggio di ritorno di un familiare o di una persona di fiducia designata che accompagna l'Assicurato nel viaggio di rientro.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo del viaggio di ritorno dell'accompagnatore.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS49 INVIO INFERMIERE A DOMICILIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che necessita di essere assistito da un infermiere nelle due settimane successive alla dimissione da un istituto di cura a seguito di ricovero di durata superiore a 2 giorni continuativi, provvede al suo reperimento e all'invio.

Massimale	500 euro per assicurato e per annualità assicurativa.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissione emesso dall'istituto di cura.

ART. AS50 RICERCA FISIOTERAPISTA CONVENZIONATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che deve sottoporsi a sedute di fisioterapia a seguito di infortunio, reperisce un professionista convenzionato per le sedute necessarie e lo invia al domicilio dell'Assicurato.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi delle sedute di fisioterapia, compreso l'eventuale diritto di uscita.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.

ART. AS51 SERVIZIO DI FISIOTERAPIA A DOMICILIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che abbia riportato traumi o fratture semplici derivanti da infortunio o malattia improvvisa e dopo averne accertata l'effettiva necessità secondo il parere del medico della Struttura Organizzativa, invia al domicilio un'assistenza fisioterapica specializzata.

Massimale	300 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato medico che attesti lo stato di salute dell'Assicurato.

ART. AS52 SERVIZI SANITARI A DOMICILIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che sia impossibilitato ad uscire autonomamente da casa a seguito di gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante, organizza presso il suo domicilio:

- l'esecuzione di accertamenti diagnostici quali prelievi di sangue, ecografie, esami radiografici e quant'altro necessario purché possa essere eseguito a domicilio;
- il ritiro e la consegna gli esiti degli esami.

Massimale	4 volte per sinistro.
Erogabilità	3 volte per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'operatore sanitario con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.

ART. AS53 CONSEGNA FARMACI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, ricerca e consegna farmaci commercializzati in Italia presso il domicilio dell'Assicurato per le cure del caso secondo quanto indicato da prescrizione medica.

I costi di acquisto dei medicinali rimangono a carico dell'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS54 FORNITRA DI ATTREZZATURE MEDICHE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia necessiti di una o più tra le seguenti attrezzature mediche:

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

le fornisce in comodato d'uso per il periodo necessario.

Massimale	90 giorni per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

Nel caso in cui, per cause indipendenti dalla Struttura Organizzativa, non fosse possibile reperire e/o fornire le attrezzature indicate, l'Assicurato avrà diritto al rimborso delle spese effettivamente sostenute per il noleggio dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

Massimale	500 euro per sinistro.

ART. AS55 CONCIERGERIE PER VISITE MEDICHE O CICLI DI TERAPIA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che gli pregiudichi la possibilità di spostarsi in autonomia per recarsi presso un istituto di cura al fine di sottoporsi a visite mediche o cicli di terapia prescritte dal medico curante, ne organizza il trasferimento dal domicilio ed il rientro dall'istituto di cura con il mezzo di trasporto maggiormente idoneo al suo stato di salute.
Qualora necessario, la Struttura Organizzativa assiste l'Assicurato con l'ausilio di un operatore socio-sanitario nelle varie attività che caratterizzano la giornata di:

- visite mediche (meramente a titolo di esempio non esaustivo: orientamento presso l'istituto di cura, accettazione all'arrivo presso l'istituto di cura, compilazione di formulari e richieste, ricerca e fornitura di una carrozzina, recepimento con chiarezza delle indicazioni dei medici, ritiro dei referti, acquisto di farmaci prescritti ed ogni altra necessità collegata, …);
- cicli di terapia (meramente a titolo di esempio non esaustivo: controlli pre terapia, esami diagnostici, infusioni, periodi di attesa e stasi, rientro al domicilio, ed ogni altra necessità collegata, …).

Qualora la Struttura Organizzativa venga autorizzata dall'Assicurato e previa sua espressa indicazione con sottoscrizione della relativa liberatoria, tiene costantemente aggiornati i familiari in merito al regolare svolgimento di quanto calendarizzato nella giornata di cura o terapia.
Il calendario dei cicli di terapia viene condiviso con l'Assicurato sin dall'attivazione della prestazione e, qualora ci fossero cambiamenti nella programmazione, la Struttura Organizzativa ne prende atto avvisando tempestivamente i fornitori coinvolti al fine di consentire la corretta erogazione della prestazione all'Assicurato.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi per i trasferimenti e ogni altro onere legato all'erogazione della prestazione.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.

ART. AS56 CONSULENZA PER ADEGUAMENTO ABITAZIONE A SEGUITO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che comporti un'invalidità permanente pari o superiore al 65%, reperisce e commissiona ad un architetto convenzionato il progetto degli interventi da effettuare per l'adeguamento dell'abitazione.

Massimale	1.000 euro per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS57 TRASPORTO DELLA SALMA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa effettua il trasporto della salma dell'Assicurato deceduto a seguito di infortunio o malattia dal luogo in cui è avvenuto il decesso fino al luogo di sepoltura in Italia facendo fede la residenza dell'Assicurato.
La Società tiene a proprio carico:

- le spese del feretro sufficienti per il trasporto;
- il costo del trasporto della salma;
- le eventuali spese di recupero della salma con le limitazioni indicate.

ESCLUSIONI
Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre.

Massimale	10.000 euro per sinistro anche se coinvolti più Assicurati. SPESE DI RECUPERO DELLA SALMA: sotto-massimale di 2.000 euro per sinistro anche se coinvolti più Assicurati.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO ad esclusione dell'ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS58 AUTISTA A DISPOSIZIONE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che a seguito di immobilizzo, certificato dal proprio medico curante, non sia in grado di guidare e nessun famigliare possa farlo per obiettive ragioni, provvede a mettergli a disposizione un taxi o un NCC (Noleggio Con Conducente) per il trasferimento alle visite di controllo o alle sedute di fisioterapia.

Massimale	300 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS59 INVIO BABY SITTER

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato per almeno 5 giorni consecutivi a seguito di infortunio o malattia e che non abbia la possibilità di occuparsi dei propri figli di età inferiore di anni 12, reperisce ed invia, salvo disponibilità, una baby sitter per accudirli.

Massimale	300 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con la baby sitter con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissione emesso dall'istituto di cura.

ART. AS60 INVIO DOG SITTER

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato per almeno 5 giorni consecutivi a seguito di infortunio o malattia, che non abbia la possibilità di occuparsi del suo animale domestico (cane o gatto di proprietà documentata dell'Assicurato), reperisce ed invia, salvo disponibilità, un dog sitter per accudirlo.

Massimale	10 uscite per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con il dog sitter con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura.

Nel caso in cui, per cause indipendenti dalla Struttura Organizzativa, non fosse possibile reperire il dog sitter entro le 6 ore successive alla richiesta, l'Assicurato avrà diritto al rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentabili entro il limite massimo di 300 euro per sinistro.

ART. AS61 ACCOMPAGNAMENTO A SCUOLA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato per almeno 5 giorni consecutivi a seguito di infortunio o malattia, che non abbia la possibilità di portare a scuola i propri figli di età inferiore di anni 12, reperisce ed invia, salvo disponibilità e previa sottoscrizione dell'idonea liberatoria, un taxi per accompagnarli.

Massimale	200 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'autista con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura.

ART. AS62 ACCOMPAGNAMENTO ATTIVITÀ EXTRASCOLASTICHE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato per almeno 5 giorni consecutivi a seguito di infortunio o malattia, che non abbia la possibilità di accompagnare nelle attività extrascolastiche i propri figli di età inferiore di anni 12, invia, salvo disponibilità, e previa sottoscrizione dell'idonea liberatoria un taxi per accompagnarli.

Massimale	200 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'autista con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura.

ART. AS63 SEGNALAZIONE INSEGNANTE ON-LINE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia, che non abbia la possibilità di seguire i propri figli minori studenti regolarmente iscritti alle scuole Primarie e Secondarie di primo grado nello svolgimento dei compiti scolastici, reperisce un'insegnante on-line.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo orario dell'insegnante on-line.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e l'attivazione.

ART. AS64 COLLABORATRICE FAMILIARE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che:

- comporti l'immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni; o
- in caso di frattura del bacino, femore, della colonna vertebrale; o
- per frattura delle costole purché radiologicamente accertata; o
- in caso di ricovero che comporti almeno un pernottamento in istituto di cura con o senza intervento chirurgico;

necessiti dell'assistenza di una persona presso il suo domicilio per sbrigare le normali attività di conduzione dell'abitazione, reperisce ed invia una collaboratrice familiare.
La Società tiene a proprio carico il costo della collaboratrice familiare.
L'Assicurato può segnalare una collaboratrice di propria fiducia e la Struttura Organizzativa la contatterà per verificare la compatibilità tariffaria tra la collaboratrice segnalata dall'Assicurato e quanto praticato in convenzione. Qualora ci sia compatibilità la Struttura Organizzativa invierà la collaboratrice famigliare segnalata dall'Assicurato; qualora invece ci sia eccedenza tariffaria tra la collaboratrice segnalata dall'Assicurato e la tariffa convenzionata, è facoltà dell'Assicurato scegliere la collaboratrice familiare segnalata tenendo a proprio carico l'eccedenza economica rispetto alla tariffa convenzionata.

Massimale	20 giorni per sinistro e 50 euro al giorno e 350 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con la collaboratrice familiare con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura.

ART. AS65 SPESA A CASA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia certificati dal medico curante che sia impossibilitato ad uscire autonomamente da casa, organizza la consegna presso la sua abitazione di generi alimentari o di prima necessità.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi ai beni acquistati.

Massimale	3 volta a settimana massimo 2 buste per richiesta.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa 4 volte per sinistro.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS66 PAGAMENTO UTENZE DOMICILIARI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia certificati dal proprio medico curante che si trovi impossibilitato ad uscire autonomamente dal domicilio, provvede per conto dello stesso al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di inabilità temporanea.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo delle utenze domiciliari.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.

In caso di impossibilità da parte della Struttura Organizzativa a provvedere al pagamento entro il termine indicato, si provvederà al rimborso della spesa sostenuta dall'Assicurato per l'organizzazione del servizio entro il massimale di 100 euro per sinistro.

ART. AS67 CONSULENZA TELEFONICA CON NUTRIZIONISTA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che abbia comportato:
- l'immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni per un periodo superiore a 7 giorni; o
- un periodo di degenza in istituto di cura (compresivi eventuali periodi di ospedalizzazione domiciliare) superiori a 7 giorni;

organizza una consulenza telefonica con un medico nutrizionista.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura.

ART. AS68 SEGNALAZIONE PERSONAL TRAINER

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che abbia comportato:
- l'immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni per un periodo superiore a 7 giorni oppure;

- un periodo di degenza in istituto di cura (compresivi eventuali periodi di ospedalizzazione domiciliare) superiori a 7 giorni;

provvede a reperire un personal trainer.

Rimane a carico dell'Assicurato l'eventuale costo del professionista.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.

ART. AS69 PULIZIA E RIASSETTO DELL'ABITAZIONE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che abbia comportato un periodo di degenza in istituto di cura superiore a 10 giorni, organizza un servizio di pulizia e di riassetto dell'abitazione dell'Assicurato prima del suo ritorno.

Massimale	300 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura..

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. AS70 EFFETTI GIURIDICI

1. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.
2. La Struttura Organizzativa non si assume responsabilità per i danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.
3. Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di 2 anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del codice civile.
4. In presenza di altre assicurazioni con altra o altre Società di assicurazione o di servizi che prevedono prestazioni analoghe, e nel caso in cui l'altra o le altre Società si siano già attivate, le prestazioni qui garantite, fermi i limiti previsti, si intendono operanti per gli eventuali maggiori costi sostenuti dall'Assicurato e non corrisposti dall'altra Società.
5. Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
6. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa.
7. La Polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla Polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

ART. AS71 AMBITO DI VALIDITÀ TERRITORIALE

Per le prestazioni di Assistenza l'ambito di validità territoriale è riportato all'interno di ciascun articolo.
Ove non indicato espressamente le prestazioni di assistenza si intendono operanti in Italia, nella Repubblica di San Marino o nella Città del Vaticano.
Ove indicato che la prestazione è operante in Italia si intende sempre anche estesa alla Repubblica di San Marino ed alla Città del Vaticano.

COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. AS72 ESCLUSIONI

SONO ESCLUSI DALLE PRESTAZIONI I SINISTRI CAUSATI O DIPENDENTI DAI CASI SOTTO INDICATI

1. **dolo dell'Assicurato;**
2. malattie e infortuni conseguenti e derivanti da **abuso di alcolici o psicofarmaci**, nonché dall'**uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni**;
3. **malattie nervose e mentali, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della Polizza e già conosciute dall'Assicurato (malattie preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzie assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso Assicurato, nel corso del precedente contratto;**
4. le **malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana** di gestazione e dal puerperio;
5. **suicidio o tentato suicidio;**
6. **infortuni avvenuti anteriormente** la data di decorrenza della copertura;
7. **infortuni** derivanti dallo svolgimento delle **seguenti attività**: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
8. **espianto e/o trapianto di organi;**
9. **ricerca o soccorso in mare, montagna, deserto;**
10. **guerra, terremoti, fenomeni atmosferici** aventi caratteristiche di **calamità naturale**, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
11. **scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari**, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
12. nei paesi in cui sia in vigore lo **stato di guerra, dichiarata o di fatto**.

SEZIONE OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO

"COSA FARE IN CASO DI"

SEZIONE SALUTE: CHE OBBLIGHI HO

ART. SS1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO - MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI, DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

MODULO PREVENZIONE

a) SERVIZI DIGITALI LEGATI AL MODULO PREVENZIONE FORMULA SALUTE: PORTALE BENESSERE

Ciascun Assicurato può effettuare la registrazione e l'accesso ai servizi del Portale Benessere, tramite la creazione di un'utenza personale secondo le modalità sotto riportate.

Il Portale Benessere è raggiungibile all'indirizzo **https://benessere.gruppocattolica.it/bcc** e per usufruire dei servizi dedicati è necessario che ogni Assicurato effettui la registrazione sul Portale Benessere tramite la creazione di una utenza personale cliccando su "Registrati". Una volta create le credenziali, queste possono essere utilizzate per accedere al Portale Benessere. Non possono essere utilizzate le stesse credenziali dell'Area Riservata Click2Go (le credenziali sono infatti del Contraente Azienda).

CONSULTO DI ONBOARDING CON COACH DEL BENESSERE
L'Assicurato può richiedere il consulto telefonico con il Coach del Benessere tramite apposita funzionalità presente su Portale Benessere, indicando la fascia oraria preferita per il ricontatto da parte del Medico tra le 3 fasce proposte (9:00 - 12:00; 12:00 - 14:00; 14:00 - 18:00). Il Medico, a partire dal terzo giorno lavorativo successivo alla richiesta, ricontatterà l'Assicurato nella fascia oraria e al numero di telefono indicato per effettuare il consulto. In caso di mancata risposta da parte dell'Assicurato, il Medico effettuerà due ulteriori tentativi di contatto. In caso di mancata risposta, a fronte dei 3 tentativi, il Medico riterrà la richiesta di consulto annullata e l'Assicurato potrà richiedere nuovamente il consulto. Durante il consulto di onboarding, il Coach del Benessere farà delle domande integrative all'Assicurato sul suo stato di salute e potrà apportare delle modifiche al Percorso di Prevenzione (in termini di integrazione/modifiche/eliminazione di azioni di prevenzione). L'Assicurato al termine del consulto riceverà una notifica relativa all'aggiornamento del suo Percorso di Prevenzione che potrà visualizzare nella sezione dedicata del Portale Benessere.

Condizioni di utilizzo:
In Polizza è incluso 1 consulto con il Coach del Benessere per ogni Assicurato di cui usufruire nell'arco dell'annualità contrattuale; una volta effettuato il consulto non sarà più possibile richiedere un ulteriore consulto per l'annualità in corso.

TELECONSULTO MEDICO
L'Assicurato può richiedere un consulto con un medico di medicina generale contattando il

numero verde 800 237 966

e ricordandosi di indicare il codice di riconoscimento: 112233.

Al termine del consulto l'Assicurato potrà ricevere via mail eventuali ricette bianche e/o referti che l'Assicurato potrà scaricare e autonomamente caricare nella sezione Cartella Medica del Portale Benessere.

Il servizio è fornito da Generali Welion S.c.a.r.l., anche per il tramite di società terze sue partner.

Condizioni di utilizzo:
Il teleconsulto medico può essere richiesto senza necessità di prenotazione, 24 ore su 24, 7 giorni su 7. In Polizza, sono inclusi:
- 1 consulto medico nel caso in cui la Polizza preveda un solo Assicurato;

- 3 consulti medici nel caso in cui la Polizza preveda più di un Assicurato;

da utilizzare nell'arco dell'annualità contrattuale in corso.

NOTA BENE:
La funzionalità di teleconsulto medico non è disponibile in caso di formula PERSONA con Contraente Persona Giuridica

CARD SANITARIA
La Card Sanitaria, fornita dalla filiale in formato cartaceo o inviata via mail, dovrà essere mostrata presso la struttura convenzionata al momento della visita/prestazione così da beneficiare della tariffa convenzionata riservata ai clienti Formula Salute.

I costi delle prestazioni saranno a carico dell'Assicurato.

b) CHECK-UP

Le prestazioni di check up potranno essere effettuate sul territorio italiano esclusivamente presso le strutture convenzionate con Generali Welion S.c.a.r.l..
Per effettuare le prestazioni descritte nell'art. SPR2 "Check-up", l'Assicurato potrà prenotare direttamente presso la struttura prescelta, comunicando il pacchetto prescelto ed il relativo codice, e contattando successivamente la Centrale Operativa Benessere che dovrà autorizzare la prestazione inviando conferma di presa in carico diretta.

La Centrale Operativa Benessere è accessibile ai seguenti recapiti:

dall'Italia al numero verde 800 053088
dall'estero al numero 02 24 128 883
(dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì)

oppure via email a:

sinistrisalutebcc@welion.it

La Centrale Operativa Benessere procederà a verificare la presa in carico diretta e darà comunicazione all'Assicurato entro 3 giorni lavorativi in caso di prestazioni ambulatoriali, e entro 5 giorni lavorativi in caso di prestazioni di ricovero.

NOTA BENE:
Solo ed esclusivamente nel caso in cui, a seguito del contatto con la Centrale Operativa Benessere, l'Assicurato appuri che non è presente una struttura convenzionata nel raggio di 25 km dalla sua residenza, previa autorizzazione della stessa Centrale Operativa Benessere, potrà scegliere una struttura non convenzionata a sua scelta per effettuare solo gli esami indicati all'art SPR2 "Check-up" chiedendo poi il rimborso della spesa sostenuta **con il massimo di 100 euro in caso di "Check-up" Base e di 160 euro in caso di "Check-up" Top.**

MODULO DIAGNOSI, CURA, CONVALESCENZA

1) VISITE SPECIALISTICHE, RICOVERI, INTERVENTI CHIRURGICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

Per le seguenti garanzie presenti nei Moduli DIAGNOSI, CURA e CONVALESCENZA, se acquistate:
- art. SD1 "Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici";
- art. SD2 "Alta diagnostica"
- art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, Interventi chirurgici, day hospital e day surgery" e relativo art. SC2 "Estensioni di garanzia sempre operanti - base";
- art. SP2 "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa";

l'Assicurato può scegliere se ricorrere:
1) **agli istituti di cura convenzionati**. In questo caso la Società paga le spese sostenute direttamente all'istituto convenzionato, al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali, secondo le modalità indicate all'art. SS2 "Pagamento diretto";
2) **agli istituti di cura non convenzionati**. In questo caso la Società rimborsa le spese sostenute all'Assicurato, al netto delle eventuali franchigie e /o limitazioni contrattuali, secondo le modalità indicate

all'art. SS3 "Rimborso".

2) DIARIE ED INDENNITÀ' FISSE

Per le seguenti garanzie presenti nei Moduli CURA e CONVALESCENZA, se acquistate:
- art. SC4 "Oggetto della garanzia" per la garanzia b) "Indennitaria";
- art. SC13 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Diaria da ricovero";
- art. SC15 "Riposo terapeutico domiciliare;
- art. SP1 "Diaria da convalescenza";

e per le diarie sostitutive presenti nella garanzia art. SC2 "Estensioni sempre operanti - base" relative alla garanzia "a) Ricoveri, Interventi chirurgici, day hospital e day surgery" l'Assicurato potrà richiedere l'indennizzo previsto **previa presentazione della documentazione medica attestante il sinistro** (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo: cartella clinica completa e documentazione medica) **che dovrà eventualmente essere integrata in caso di richiesta della Centrale Operativa Benessere**. La denuncia del sinistro e la relativa gestione dovranno avvenire secondo le modalità indicate all'art. SS3 "Rimborso".

3) INDENNITA' A RIMBORSO

Per la seguente garanzia presente nel Modulo CURA:
- art. SC3 "Estensioni sempre operanti - extra" relative alla garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery";

e per le seguenti garanzie dei Moduli CURA e CONVALESCENZA, se acquistate:
- art. SC16 "Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare" per il Modulo CURA;
- art. SP3 "Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare" per il Modulo CONVALESCENZA

l'Assicurato potrà richiedere l'indennizzo previsto previa presentazione della documentazione medica e delle spese sostenute. La denuncia del sinistro e la relativa gestione dovranno avvenire secondo le modalità indicate all'art. SS3 "Rimborso".

4) DENTAL

Per usufruire della garanzia di cui all'art. SC17 "Dental", se acquistata, **l'Assicurato potrà ricorrere esclusivamente agli istituti di cura convenzionati della rete di Generali Welion S.c.a.r.l.**. La denuncia del sinistro e la relativa gestione dovranno avvenire secondo le modalità indicate all'art. SS2 "Pagamento diretto".

5) MALATTIE GRAVI

Per beneficiare della garanzia di cui all'art. SC9 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi" presente nel Modulo CURA, se acquistata, l'Assicurato potrà richiedere l'indennizzo previsto **previa presentazione della documentazione medica attestante il sinistro, che dovrà eventualmente essere integrata in caso di richiesta della Centrale Operativa Benessere. La denuncia del sinistro dovrà avvenire entro 90 giorni dalla data della diagnosi della malattia grave.**
La gestione del sinistro dovrà avvenire secondo le modalità indicate all'art. SS3 "Rimborso".

Per la malattia grave "Ictus (con deficit neurologico permanente)" il termine di 90 giorni decorre dall'acquisizione da parte dell'Assicurato del certificato di conferma del deficit neurologico permanente redatto, redatto da un neurologo trascorsi almeno 90 giorni dalla data di manifestazione dell'evento.

Per la malattia "Infarto del Miocardio (con menomazione della funzionalità cardiaca)" il termine di 90 giorni decorre dall'acquisizione da parte dell'Assicurato del certificato di conferma della riduzione permanente della frazione di eiezione ventricolare sinistra al di sotto del 50% da misurarsi trascorsi almeno 30 giorni dalla data dell'evento.

La denuncia dovrà essere corredata dalla relativa documentazione medica (copia di parere medico

rilasciato, cartella clinica integrale, esami medici eventualmente eseguiti) **comprovante la diagnosi della malattia grave.**
Ulteriori dettagli sulla documentazione medica da fornire possono essere trovati nelle definizioni delle Malattia Gravi coperte dalla Polizza.
La malattia grave si considera insorta nel momento in cui viene diagnosticata, e quindi, alla data indicata nella documentazione medica fornita dall'Assicurato al momento della denuncia.

6) TEST "FOUNDATIONONE CDX E FOUNDATIONONE LIQUID CDX" PER LA PROFILAZIONE GENOMICA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE

Per beneficiare della garanzia di cui all'art. SC16 "Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare", punto "Test "FoundationOne CDx e FoundationOne Liquid CDx" per la profilazione genomica delle malattie oncologiche, presente nel modulo CURA l'Assicurato, che ha ricevuto una diagnosi di una malattia oncologica non benigna in stato localmente avanzato o metastatica e previa specifica prescrizione dei test di Foundation Medicine da parte dei medici che lo hanno in cura o del proprio medico curante deve contattare la Centrale Operativa Benessere per verificare la validità dei requisiti di accesso alla prestazione.

Successivamente, l'Assicurato dovrà mettersi direttamente in contatto con uno dei centri convenzionati rilevabili dal portale istituzionale e concordare la modalità del prelievo del sangue o della preparazione del tessuto tumorale, presso il centro convenzionato o presso il domicilio dell'Assicurato stesso (per il servizio di prelievo a domicilio verificare gli specifici centri convenzionati che sono deputati ad erogarlo).

L'Assicurato dovrà infine aver cura di comunicare alla Centrale Operativa Benessere le modalità concordate di esecuzione della prestazione e la struttura convenzionata prescelta per l'apertura del sinistro.

I campioni verranno inviati, con spese a carico di Roche spa, al laboratorio specializzato per le analisi genomiche di Foundation Medicine.

NOTA BENE:
Al medico che ha fatto la richiesta del test per l'Assicurato verrà restituito un referto contenente, le informazioni sulle mutazioni genomiche rilevate, associate alle possibili terapie disponibili ed in studio supportate da un dettagliato elenco bibliografico di pubblicazioni scientifiche.

ART. SS2 PAGAMENTO DIRETTO

L'Assicurato, o i suoi familiari, dovranno preventivamente **contattare telefonicamente la Centrale Operativa Benessere:**

dall'Italia al numero verde 800 053 088
dall'estero al numero 02 24 128 883
(dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì)

indicando la prestazione di cui intende usufruire e tutte le altre informazioni inerenti la richiesta di attivazione del pagamento diretto.

In alternativa, potranno fare riferimento:

- alla Filiale BCC di riferimento ed effettuare le richieste con l'aiuto del gestore;
- all'indirizzo mail: **sinistrisalutebcc@welion.it**

per inserire la richiesta di prestazione.

La Centrale Operativa Benessere, verificata la regolarità amministrativa, la validità della garanzia e l'eventuale documentazione medica, invia una mail di conferma entro 3 giorni lavorativi in caso di prestazioni ambulatoriali e entro 5 giorni lavorativi in caso di prestazioni di ricovero, presa in carico e indicazione della franchigia, se presente, oppure comunica all'Assicurato che la prestazione non è autorizzabile.
La Società si riserva in ogni momento la possibilità di procedere a un accertamento medico diretto sull'Assicurato, o effettuare ulteriori indagini. **L'Assicurato, pena la perdita del diritto alla prestazione, si rende disponibile a fornire le dichiarazioni richieste dalla Società nonché a presentare le eventuali prove utili a stabilire cause ed effetti della patologia.**

ESCLUSIONI E LIMITAZIONI:
Restano a carico dell'Assicurato le seguenti eventuali spese che dovrà pagare direttamente all'istituto di cura convenzionato:
- per prestazioni non garantite dal contratto,
- eccedenti il massimale assicurato,
- non autorizzate dalla Centrale Operativa Benessere.

NOTA BENE:
Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico venga effettuato in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'Assicurato dovrà sostenere direttamente le spese relative alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità indicate all'art. SS3 "Rimborso".

Qualora in caso di emergenza medica il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale avvenga negli orari o nei giorni nei quali la Centrale Operativa Benessere non è in funzione, la denuncia del sinistro e la relativa gestione dovrà avvenire secondo le modalità indicate all'art. SS3 "Rimborso" con successivo rimborso delle spese sostenute senza applicazione dell'eventuale scoperto previsto dalla garanzia.

Tuttavia se l'Assicurato in caso di emergenza fa ricorso ad un istituto di cura convenzionato e intende usufruire del pagamento diretto delle prestazioni, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari, telefonare alla Centrale Operativa Benessere entro il primo giorno lavorativo successivo al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale, **impegnandosi ad inviare la documentazione richiesta atta ad attivare il pagamento diretto, entro 48 ore dal ricovero e comunque prima della dimissione.**
Resta comunque inteso che il ricorso alle case di cura convenzionate in caso di emergenza non è da intendersi come automatica presa in carico del sinistro, dovendosi subordinare l'autorizzazione al ricovero all'esame della documentazione medica che l'Assicurato si impegna a fornire.

In tutti i casi, invece, in cui l'Assicurato non contatta la Centrale Operativa Benessere, sia in Italia che all'estero, il sinistro sarà liquidato a rimborso con l'applicazione dell'eventuale scoperto previsto dalla garanzia e nei limiti delle somme assicurate previste per le prestazioni senza attivazione del pagamento diretto.

NOTA BENE:
Laddove sia stato aperto un **procedimento giudiziario** a carico del Contrente e/o dell'Assicurato relativamente al sinistro **è facoltà della Società posticipare il pagamento sino alla conclusione del procedimento stesso.**

ART. SS3 RIMBORSO

L'Assicurato dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, **denunciare il sinistro non appena ne abbia possibilità.**

Ai fini della denuncia l'Assicurato potrà accedere:

dall'Italia al numero verde 800 053 088
dall'estero al numero 02 24 128 883
(dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì)

indicando la prestazione di cui intende usufruire e tutte le altre informazioni inerenti la richiesta di attivazione del pagamento diretto.

In alternativa, potranno fare riferimento:

- all'area riservata del portale **C2G click.bccassicurazioni.com** alla voce "Nuova Notifica", "Altri rami";
- alla Filiale BCC di riferimento ed effettuare le richieste con l'aiuto del gestore;
- all'indirizzo mail: **sinistrisalutebcc@welion.it**

per inserire la richiesta di rimborso spese e caricare la documentazione richiesta.

La richiesta di rimborso delle spese mediche **deve essere fatta a cure ultimate e corredata dai seguenti documenti giustificativi:**
- **fatture, ricevute fiscali, notule di spesa o ricevute debitamente quietanzate in copia;**
- **esami medici eventualmente eseguiti o altra documentazione sanitaria in copia tranne gli esami radiologici o altro che possono essere trasmessi in copia;**

- **prescrizione medica in copia;**
- **cartella clinica e /o documento sostitutivo in copia;**
- **i documenti che comprovino il periodo di permanenza all'estero in copia.**

La Società si riserva in ogni momento la possibilità di procedere a un accertamento medico diretto sull'Assicurato, o effettuare ulteriori indagini. **L'Assicurato, pena la perdita del diritto alla prestazione, si rende disponibile a fornire le dichiarazioni richieste dalla Società nonché a presentare le eventuali prove utili a stabilire cause ed effetti della patologia.**

La Centrale Operativa Benessere, verificata la regolarità amministrativa, la validità della garanzia e la documentazione ricevuta, invia una comunicazione con conferma del rimborso, oppure richiede ulteriore documentazione ad integrazione di quanto già inviato, ovvero comunica all'Assicurato che la prestazione non è rimborsabile, secondo le tempistiche indicate all'art SS4 "Verifica dell'indennizzabilità e termini per la liquidazione del capitale".

Per informazioni sullo stato di avanzamento del sinistro **contattare telefonicamente la Centrale Operativa Benessere:**

dall'Italia al numero verde 800 053 088
dall'estero al numero 02 24 128 883
(dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì)

NOTA BENE:
Laddove sia stato aperto un **procedimento giudiziario** a carico del Contraente e/o dell'Assicurato relativamente al sinistro **è facoltà della Società posticipare il pagamento sino alla conclusione del procedimento stesso.**

ART. SS4 VERIFICA DELL'INDENNIZZABILITÀ E TERMINI PER LA LIQUIDAZIONE DEL CAPITALE

La Società, ricevuta tutta la documentazione richiesta, verifica l'indennizzabilità entro 30 giorni lavorativi dalla data di ricevimento della denuncia, nel caso la documentazione medica presentata risulti esaustiva.
In caso contrario, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato e il termine di 30 giorni lavorativi decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione completa.

Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 10 giorni lavorativi.
Nel caso in cui la Società non ritenga indennizzabile il sinistro, ne darà comunicazione all'Assicurato entro 10 giorni lavorativi dall'accertamento.

Con riferimento alle garanzie di cui all'art. SC9 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi", per le quali ai fini dell'indennizzabilità è necessario valutare le condizioni generali di salute dell'Assicurato, è previsto un termine di 50 giorni che decorre dalla data di effettuazione dell'accertamento medico-legale o dall'eventuale visita a cui la Società sottopone l'Assicurato.

In caso di decesso dell'Assicurato il capitale verrà liquidato ai suoi eredi.

Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 30 giorni lavorativi.
Nel caso in cui la Società non ritenga indennizzabile il sinistro, ne darà comunicazione all'Assicurato entro 30 giorni dall'accertamento.

Il pagamento a favore dell'Assicurato viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

ART. SS5 OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SPESE SANITARIE LIQUIDATE DALLA SOCIETÀ E NON DOVUTE

Qualora si dovesse accertare, relativamente all'evento per il quale l'Assicurato ha usufruito del servizio, la non validità della Polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, la Centrale Operativa Benessere invierà all'Assicurato, mediante raccomandata o posta

elettronica certificata PEC con ricevuta di ritorno, la richiesta di restituzione delle somme erogate.

L'Assicurato e/o in caso di minori i genitori o gli affidatari, dovranno restituire, alla Società, secondo le modalità comunicate, le somme indebitamente liquidate dalla Società, entro e non oltre 30 giorni dalla comunicazione.
Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi sopra previsti, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti addebitandogli i relativi costi.

ART. SS6 CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Se tra la Società e l'Assicurato insorgono eventuali controversie di natura medica, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.
L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.
Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.
Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.
Il collegio medico può, se lo ritiene opportuno, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso. Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta, anche solo a maggioranza, dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte il cui perito, anche dissenziente, non l'abbia sottoscritta.
Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico.
Resta fermo il diritto dell'Assicurato di rivolgersi all'autorità giudiziaria per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo senza sottoporre le stesse ad alcun arbitrato.

ART. SS7 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'articolo 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

SEZIONE ASSISTENZA, SEZIONE SALUTE (PRESTAZIONI ORGANIZZATIVE - CHE OBBLIGHI HO?

ART. SS8 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Per poter usufruire delle prestazioni riportate:
- **nella sezione Assistenza**
- **nella sezione Salute, relativamente alle sole prestazioni organizzative indicate ai seguenti articoli:**
  - **art. SC16 e art. SP3 "Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare" presenti rispettivamente nei Moduli CURA e CONVALESCENZA.**
  - **art. SC3 "Estensioni sempre operanti - extra" per le prestazioni "Invio di un'ambulanza" presenti all'interno del Modulo CURA;**
  - **art. SP4 "Prestazioni organizzative di servizio" presente all'interno del Modulo CONVALESCENZA.**

l'Assicurato deve preventivamente contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, che interviene direttamente o ne deve autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA
ATTIVA 24 ORE SU 24

DALL'ITALIA:
800 053 088 (NUMERO VERDE)

DALL'ESTERO:
+39 02 24 128 883

Per le prestazioni organizzative previste nella sezione Salute:
- l'erogazione della prestazione avviene nella fascia oraria indicata all'interno di ciascun articolo;
- il rimborso delle spese sostenute, quando previsto, avviene secondo le modalità indicate all'art. SS3 "Rimborso".

Per le prestazioni previste nella sezione Assistenza:
- l'erogazione della prestazione avviene nella fascia oraria indicata all'interno di ciascun articolo;
- le richieste di rimborso delle spese sostenute, a condizione che siano state preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa, devono essere inoltrate, insieme ai giustificativi in originale a:

IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)

oppure tramite posta elettronica all'indirizzo:

assistenza.gruppocattolica@IMAItalia.it

INFORMAZIONI DA FORNIRE:
- codice fiscale dell'Assicurato o numero di contratto;
- tipo di servizio richiesto;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa potrà contattarlo nel corso dell'erogazione della prestazione.

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di sinistro.

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato di formalizzare per iscritto la richiesta di assistenza con l'integrazione di ulteriore documentazione da spedire a:

IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria all'erogazione della prestazione; in ogni caso è sempre necessario inviare alla Struttura Organizzativa la documentazione in originale (non in fotocopia) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese effettivamente sostenute.
Eventuali richieste di rimborso delle spese effettivamente sostenute, a condizione che:
- siano state preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa o
- siano state organizzate senza possibilità di preventivo contatto da parte dell'Assicurato con la Struttura Organizzativa a seguito di causa di forza maggiore;

devono essere inoltrate, corredate dai relativi giustificati delle spese effettivamente sostenute, a:

IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)

oppure tramite posta elettronica all'indirizzo: **rimborsi.gruppocattolica@IMAItalia.it**

La Struttura Organizzativa liquida entro 60 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa.

NOTA BENE:
Salvo casi di comprovata e oggettiva forza maggiore, il diritto all'assistenza decade qualora

l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro e abbia provveduto in autonomia ad attivare le prestazioni senza previa autorizzazione da parte della Struttura Organizzativa.
Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa non saranno rimborsate.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale;
- Interventi di cranioplastica;
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale;
- Asportazione tumori dell'orbita;
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari);
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore;
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mieolopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica;
- Interventi sul plesso brachiale.

OCULISTICA
- Interventi per neoplasie del globo oculare;
- Interventi di enucleazione del globo oculare.

OTORINOLARINGOIATRIA
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale;
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia);
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale);
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare;
- Ricostruzione della catena ossiculare;
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari.

CHIRURGIA DEL COLLO
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale;
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia.

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici;
- Interventi per fistole bronchiali;
- Interventi per echinococcosi polmonare;
- Pneumectomia totale o parziale;
- Interventi per cisti o tumori del mediastino.

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA
- Mastectomia totale o parziale con svuotamento del cavo ascellare per neoplasia maligna.

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE
- Interventi sul cuore per via toracotomica;
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica;
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica;
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale;
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario;
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi;
- Asportazione di tumore glomico carotideo.

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE
- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- Interventi con esofagoplastica;
- Interventi per mega-esofago;
- Resezione gastrica totale;
- Resezione gastro-digiunale;
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica;

- Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparatomica (con o senza colostomia);
- Interventi di amputazione del retto-ano;
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale;
- Drenaggio di ascesso epatico;
- Interventi per echinococcosi epatica;
- Resezione epatiche;
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari;
- Interventi chirurgici per ipertensione portale;
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica;
- Interventi per neoplasie pancreatiche.

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale;
- Surrenalectomia;
- Interventi di cistectomia totale;
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- Cistoprostatovescicolectomia;
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale;
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare.

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia;
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica;
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale;
- Interventi di stabilizzazione vertebrale;
- Interventi di resezione di corpi vertebrali;
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni;
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei;
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio;

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti.

ALLEGATO 1
TABELLA INDENNIZZI - ASSICURAZIONE INDENNITARIA FORFETTARIA DA INFORTUNIO

TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZI

LESIONI APPARATO SCHELETRICO	
CRANIO	
FRATTURA CRANICA SENZA POSTUMI NEUROLOGICI	900 euro
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	900 euro
FRATTURA LEFORT I (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	1.400 euro
FRATTURA LEFORT II O III (non cumulabili tra loro n con LEFORT I)	2.850 euro
FRATTURA ETMOIDE - FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	300 euro
FRATTURA OSSA NASALI	300 euro
FRATTURA MANDIBOLARE (PER LATO)	1.400 euro
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	2.500 euro

COLONNA VERTEBRALE

TRATTO CERVICALE	
FRATTURA CORPO III-IV-V-VI-VII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	4.250 euro
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III-IV-V-VI-VII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	300 euro
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II VERTEBRA	4.250 euro
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I- VERTEBRA	4.250 euro

TRATTO DORSALE	
FRATTURA DEL CORPO CON SCHIACCIAMENTO DALLA I ALLA XI VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2.150 euro
FRATTURA DEL CORPO CON SCHIACCIAMENTO XII VERTEBRA	4.250 euro
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I ALLA XII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	300 euro
FRATTURA DEL CORPO SENZA SCHIACCIAMENTO DALLA I ALLA XI VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	300 euro
FRATTURA DEL CORPO SENZA SCHIACCIAMENTO XII VERTEBRA	300 euro
FRATTURA CORPO CON SCHIACCIAMENTO (PER OGNI VERTEBRA)	4.250 euro
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I ALLA V VERTEBRA CON SCHIACCIAMENTO (PER OGNI VERTEBRA)	4.250 euro
FRATTURA CORPO SENZA SCHIACCIAMENTO (PER OGNI VERTEBRA)	300 euro
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I ALLA V VERTEBRA SENZA SCHIACCIAMENTO (PER OGNI VERTEBRA)	1.750 euro

OSSO SACRO	
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	1.750 euro

COCCIGE	
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	1.750 euro

BACINO

FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	1.400 euro
FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	3.550 euro

TORACE	
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	300 euro
FRATTURA STERNO	1.400 euro
FRATTURA DI UNA COSTA SCOMPOSTA	300 euro
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	300 euro

ARTO SUPERIORE (DX o SX)

BRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	300 euro
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	2.850 euro
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	2.850 euro

AVAMBRACCIO	
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSIT RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	1.750 euro
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO E/O ULNA (FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	2.500 euro

FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	1.750 euro
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	300 euro
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	4.250 euro

POLSO E MANO	
FRATTURA SCAFOIDE	1.400 euro
FRATTURA SEMILUNARE	100 euro
FRATTURA PIRAMIDALE	100 euro
FRATTURA PISIFORME	100 euro
FRATTURA TRAPEZIO	100 euro
FRATTURA TRAPEZOIDE	100 euro
FRATTURA CAPITATO	100 euro
FRATTURA UNCINATO	100 euro
FRATTURA I° METACARPALE	900 euro
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	100 euro

FRATTURA PRIMA FALANGE DITA	
POLLICE	1.750 euro
INDICE	300 euro
MEDIO	300 euro
ANULARE	300 euro
MIGNOLO	100 euro

FRATTURA SECONDA FALANGE DITA	
POLLICE	1.750 euro
INDICE	300 euro
MEDIO	300 euro
ANULARE	300 euro
MIGNOLO	100 euro

FRATTURA TERZA FALANGE DITA	
INDICE	300 euro
MEDIO	300 euro
ANULARE	300 euro
MIGNOLO	100 euro

ARTO INFERIORE (DX o SX)

FRATTURA FEMORE	
DIAFISARIA	1.400 euro
EPIFISI PROSSIMALE (PROTESI D'ANCA)	6.400 euro
EPIFISI PROSSIMALE NON PROTESIZZATA	1.750 euro
EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	1.750 euro
FRATTURA ROTULA	900 euro

FRATTURA TIBIA	
DIAFISARIA	900 euro
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	2.150 euro
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	1.400 euro

FRATTURA PERONE	
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	1.400 euro
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA E SCOMPOSTA	1.750 euro

PIEDE

TARSO	
FRATTURA ASTRAGALO	2.500 euro
FRATTURA CALCAGNO	2.850 euro
FRATTURA SCAFOIDE	300 euro
FRATTURA CUBOIDE	1.400 euro
FRATTURA CUNEIFORME	300 euro

METATARSI	
FRATTURA I METATARSALE	1.400 euro
FRATTURA II O III O IV O V METATARSALE	300 euro

FALANGI	
FRATTURA ALLUCE (I o II Falange)	100 euro
FRATTURA I o II o III FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	80 euro

LESIONI DENTARIE	
ROTTURA INCISIVO CENTRALE SUPERIORE (per ogni dente)	100 euro
ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente)	100 euro
ROTTURA INCISIVO LATERALE (per ogni dente)	100 euro
ROTTURA CANINI (per ogni dente)	100 euro
ROTTURA PRIMI PREMOLARI (per ogni dente)	50 euro
ROTTURA SECONDI PREMOLARI (per ogni dente)	50 euro
ROTTURA PRIMI MOLARI (per ogni dente)	50 euro
ROTTURA SECONDI MOLARI (per ogni dente)	50 euro
ROTTURA TERZO MOLARE SUPERIORE	50 euro
ROTTURA TERZO MOLARE INFERIORE	50 euro

LESIONI PARTICOLARI	
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dall'estensione della breccia)	1.750 euro
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	3.550 euro
ROTTURA MILZA CON NEFRECTOMIA	4.250 euro
ESITI EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima)	3.550 euro
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	5.250 euro
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	300 euro
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	10.650 euro
CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	8.900 euro
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTÀ VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	35.000 euro
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	4.250 euro
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	8.900 euro
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	5.250 euro
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	8.900 euro
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	900 euro
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	1.750 euro
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	7.100 euro
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	7.100 euro
PATELLECTOMIA TOTALE	5.250 euro
PATELLECTOMIA PARZIALE	1.400 euro
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	900 euro
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	5.250 euro
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	8.900 euro
USTIONI ESTESE A PIU' DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA	11.700 euro

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE	
ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	2.150 euro
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	2.150 euro
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	2.150 euro
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) -valore massimo per ogni dito-	3.550 euro
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente)-non cumulabile-	3.550 euro
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente)	1.400 euro
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	2.150 euro
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	2.150 euro
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	2.150 euro
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	2.150 euro
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	3.550 euro
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente)-non cumulabile-	1.750 euro
LUSSAZIONE MF O IF 2 - 3 - 4 - 5 DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente)-valore massimo per ogni dito-	300 euro
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	1.750 euro
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	3.550 euro
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	1.400 euro

LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° o III° o IV° o V° DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	100 euro
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	5.250 euro
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattate chirurgicamente)-non cumulabili tra loro-	3.550 euro
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	300 euro
LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	1.750 euro
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	2.850 euro

AMPUTAZIONI

ARTO SUPERIORE	
AMPUTAZIONE DELL'ARTO SUPERIORE	21.500 euro
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	17.750 euro
AMPUTAZIONE POLLICE + 3 DITA	14.200 euro
AMPUTAZIONE POLLICE + 2 DITA	10.650 euro
AMPUTAZIONE 2 DITA	5.250 euro
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	5.250 euro
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI ALTRE DITA	1.750 euro
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	4.250 euro
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE ALTRE DITA	900 euro
AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DITA LUNGHE	2.150 euro

ARTO INFERIORE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	21.500 euro
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al di sopra del ginocchio)	21.500 euro
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto del ginocchio)	21.500 euro
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	17.750 euro
PERDITA DI UN PIEDE	17.750 euro
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	8.900 euro
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	35.000 euro
PERDITA DELL'ALLUCE	5.250 euro
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	2.500 euro
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	100 euro

ALLEGATO 2
TABELLA INDENNIZZI - ASSICURAZIONE INDENNITARIA DA INTERVENTO CHIRURGICO

INTERVENTO	CLASSE
Apparato genitale maschile	
Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)	1
Biopsia testicolare bilaterale	1
Biopsia testicolare monolaterale	1
Cisti del funicolo ed epididimo, exeresi	1
Deferenti, legatura dei (per patologie croniche)	1
Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per	1
Frenulotomia e frenuloplastica	1
Idrocele, intervento per	1
Idrocele, puntura di	1
Iniezione endocavernosa	1
Parafimosi, intervento per	1
Scroto, resezione dello	1
Deferenti, ricanalizzazione dei	2
Epididimectomia	2
Fistole scrotali o inguinali	2
Funicolo, detorsione del	2
Interventi di legatura per impotenza da fuga venosa	2
Interventi sui corpi cavernosi (corporoplastiche, etc.)	2
Orchidopessi monolaterale	2
Orchiectomia sottocapsulare bilaterale	2
Orchiepididimectomia bilaterale con eventuale protesi	2
Orchiepididimectomia monolaterale con eventuale protesi	2
Pene, amputazione parziale del	2
Pene, amputazione totale del	2
Priapismo (percutanea), intervento per	2
Priapismo (shunt), intervento per	2
Traumi del testicolo, intervento di riparazione per	2
Varicocele, intervento per	2
Interventi per induratio penis plastica	2
Orchiopessi bilaterale	2
Pene, amputazione totale con linfoadenectomia	3
Pene, rivascolarizzazione per impotenza vasculogenita in microchirurgia	3
Posizionamento di protesi peniena	3
Tumori del testicolo con eventuale linfoadenectomia, interventi per	3
Varicocele con tecnica microchirurgica	3
Emasculatio totale ed eventuale linfoadenectomia	4
Orchiectomia allargata con linfoadenectomia addominale	5

Cardiochirurgia	
Drenaggio pericardico o riapertura per sanguinamento	1
Embolectomia con Fogarty	1
Massaggio cardiaco interno	1
Pericardiocentesi	1
Angioplastica coronarica: singola	3
Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso	3
Pericardiectomia parziale	3
Cisti del cuore o del pericardio	4

Commisurotomia per stenosi mitralica	4
Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per	4
Pericardiectomia totale	4
Reintervento con ripristino di C.E.C.	4
Sezione o legatura del dotto arterioso di Botallo	4
Bypass aorto coronarici multipli	5
Bypass aorto coronarico singolo	5
Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti	5
Fistole arterovenose del polmone, interventi per	5
Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)	5
Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)	5
Trapianto cardiaco	5
Valvuloplastica chirurgica	5
Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) - interventi di, salvo gli interventi descritti	5

Cardiologia interventistica	
Angioplastica coronarica: altra eventuale	1
Applicazione di Stent intracoronarico a completamento di angioplastica	1
Biopsia endomiocardica destra	1
Biopsia endomiocardica sinistra	1
Controllo elettronico del pace maker impiantato (compresa consulenza ingegnere)	1
Pace maker, impianto temporaneo e relativo espianto (come unico intervento)	1
Riprogrammazione elettronica del pace maker con misurazione soglia cardiaca con metodo non invasivo	1
Seconda applicazione di Stent sulla stessa arteria	1
Sostituzione generatore pace maker definitivo	1
Stand by cardiochirurgico	1
Studio elettrofisiologico endocavitario	1
Ablazione transcatetere	2
Cateterismo destro e sinistro, e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	2
Coronarografia circolo nativo + studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	2
Coronarografia + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	2
Valvuloplastica cardiaca	2
Angioplastica coronarica: singola	3
Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateteri e programmazione elettronica del pace maker	3

Chirurgia della mammella	
Ascesso mammario, incisione di	1
Neoplasie e/o cisti benigne, asportazione di	1
Mastectomia semplice con eventuale linfoadenectomia	2
Quadrantectomia senza linfoadenectomie associate	2
Mastectomia sottocutanea	3
Quadrantectomia con linfoadenectomie associate	3
Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfoadenectomie associate	4

Chirurgia della mano	
Amputazioni carpali	1
Amputazioni falangee	1
Amputazioni metacarpali	1
Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento incruento	1

Fratture e lussazioni del polso, trattamento incruento	1
Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di Quervain, tenosinoviti	1
Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	2
Artrodesi carpale	2
Artrodesi metacarpo-falangea e/o interfalangea	2
Artroplastica	2
Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	2
Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	2
Lesioni tendinee, intervento per	2
Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per	2
Osteotomie (come unico intervento)	2
Pseudoartrosi delle ossa lunghe	2
Pseudoartrosi dello scafoide carpale	2
Rigidità delle dita	2
Sindromi canicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, etc.)	2
Sinovialectomia (come unico intervento)	2
Artroprotesi metacarpo-falangea e/o interfalangea	3
Retrazioni ischemiche	3
Artroprotesi carpale	4
Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia (come unico intervento)	5
Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	5
Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento	5

Chirurgia generale - collo	
Ascessi, favi, flemmoni, incisione e drenaggio di	1
Biopsia prescalenica	1
Cisti o fistola congenita, asportazione di	1
Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico	1
Tracheostomia, chiusura e plastica	1
Tracheotomia con tracheostomia di elezione	1
Tracheotomia con tracheostomia d'urgenza	1
Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplasie benigne	2
Ghiandola sottomascellare, asportazione per tumori maligni di	2
Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	2
Linfoadenectomia sopraclaveare	2
Tiroidectomia subtotale	2
Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	2
Tiroide, lobectomie	2
Tubo laringo-tracheale e faringo-esofageo, intervento per ferite del	2
Tumore maligno del collo, asportazione di	2
Fistola esofago-tracheale, intervento per	3
Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	3
Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle	3
Paratiroidi, reinterventi	3
Tiroidectomia per gozzo immerso con trattamento per via cervicale (+/- split sternale)	3
Tiroidectomia per gozzo intratoracico con trattamento per via sternotomica o toracotomia	3
Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale	3
Tiroide, reinterventi	3
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale	4
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale	5

Chirurgia generale - Fegato e vie biliari	
Agobiopsia/agoaspirato	1
Biopsia epatica (come unico intervento)	1
Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica	1
Colecistostomia per neoplasie non resecabili	2
Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia	2
Papillotomia, per via endoscopica	2
Calcolosi intraepatica, intervento per	2
Cisti da echinococco multiple, pericistectomia	3
Cisti da echinococco, ascessi epatici	3
Colecistectomia	3
Colecistogatrostomia o colecistoenterostomia	3
Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)	3
Drenaggio bilio digestivo intraepatico	3
Litotripsia per calcoli delle vie biliari principale ed accessoria(trattamento completo)	3
Papilla di Vater, exeresi	3
Papillostomia, per via transduodenale (come unico intervento)	3
Resezioni epatiche minori	3
Vie biliari, interventi palliativi	3
Vie biliari, reinterventi	3
Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia	4
Coledoco-epatico duodenostomia con o senza colecistectomia	4
Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia	4
Deconnessione azygos-portale per via addominale	4
Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	5
Resezioni epatiche maggiori	5
Trapianto di fegato	5

Chirurgia generale - Intestino digiuno - Ileo - Colon - Retto - Ano	
Corpi estranei dal retto, estrazione per via naturale semplice di	1
Corpi estranei, estrazione con sfinterotomia di	1
Emorroidi e ragadi, criochirurgia (trattamento completo)	1
Emorroidi e ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)	1
Emorroidi interne, iniezione sclerosanti delle (a seduta)	1
Emorroidi (criochirurgia), trattamento completo per	1
Emorroidi, laserchirurgia per	1
Emorroidi, legatura elastica delle (trattamento completo)	1
Fistola anale intransfinterica	1
Fistole anali, laserchirurgia per (trattamento completo)	1
Pan-colonscopia operativa	1
Polipo rettale, asportazione di	1
Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	1
Ragadi, criochirurgia per (trattamento completo)	1
Ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)	1
Rettosigmoidoscopia operativa	1
Sfinterotomia (come unico intervento)	1
Appendicectomia con peritonite diffusa	2
Appendicectomia semplice a freddo	2
Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	2
Ascesso perianale, intervento per	2
Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per	2
Colotomia con colorrafia (come unico intervento)	2
Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	2
Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)	2

Corpi estranei del retto, estrazione per via addominale di	2
Digiunostomia (come unico intervento)	2
Diverticoli di Meckel, resezione di	2
Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	2
Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per	2
Emorroidi, intervento chirurgico radicale	2
Enterostomia (come unico intervento)	2
Fistola anale extrasfinterica	2
Ileostomia (come unico intervento)	2
Incontinenza anale, intervento per	2
Megacolon: colostomia	2
Mikulicz, estrinsecazione sec.	2
Polipectomia per via laparotomica	2
Prolasso rettale, intervento transanale per	2
Prolasso rettale, per via addominale, intervento per	2
Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	3
By-pass intestinali per il trattamento obesità patologica	3
Colectomia segmentarla	3
Colectomia segmentaria con linfoadenectomia ed eventuale colostomia	3
Emicolectomia destra con linfoadenectomia	3
Intestino, resezione dell'	3
Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	3
Sigma, miotomia del	3
Tumore del retto, asportazione per via sacrale di	3
Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per	3
By-pass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne	4
Colectomia totale	4
Colectomia totale con linfoadenectomia	4
Emicolectomia sinistra con linfoadenectomia ed eventuale colostomia	4
Hartmann, intervento	4
Megacolon, intervento per	5
Procto-colectomia totale con pouch ileale	5
Resezione anteriore retto-colica compresa linfoadenectomia ed eventuale colostomia	5
Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, con linfoadenectomia inguinale bilaterale	5
Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfoadenectomia, del	5

Chirurgia generale - Pancreas - Milza	
Agobiopsia/agoaspirato pancreas	1
Biopsia (come unico intervento)	1
Ascessi pancreatici, drenaggio di	2
Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	3
Derivazione pancreatico-Wirsung digestive	3
Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)	3
Pancreatite acuta, interventi conservativi	3
Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	3
Splenectomia	3
Fistola pancreatica, intervento per	4
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	4
Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfoadenectomia	4
Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfoadenectomia	5
Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfoadenectomia)	5
Pancreatite acuta, interventi demolitivi	5
Trapianto di pancreas	5

Chirurgia generale - Parete addominale	
Cisti, ematomi, ascessi, flemmoni parete addominale	1
Puntura esplorativa addominale	1
Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per	2
Ernia crurale recidiva	2
Ernia crurale semplice	2
Ernia crurale strozzata	2
Ernia epigastrica	2
Ernia epigastrica strozzata o recidiva	2
Ernia inguinale con ectopia testicolare	2
Ernia inguinale recidiva	2
Ernia inguinale semplice	2
Ernia inguinale strozzata	2
Ernia ombelicale	2
Ernia ombelicale recidiva	2
Ernie rare (ischiatica, otturatoria, lombare, perineale)	2
Laparocele, intervento per	2
Linfoadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	2
Tumore maligno della parete addominale, asportazione di	2
Ernia diaframmatica	3
Linfoadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	3

Chirurgia generale - Peritoneo	
Laparoscopia esplorativa/diagnostica	1
Laparoscopia operativa	1
Lavaggio peritoneale diagnostico	1
Paracentesi	1
Ascesso del Douglas, drenaggio	2
Ascesso sub-frenico, drenaggio	2
Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili	2
Laparotomia per peritonite diffusa	2
Laparotomia per peritonite saccata	2
Laparotomia semplice (esplorativa e/o lisi aderenze)	3
Laparotomia per contusioni e ferite dell'addome senza lesioni di organi interni	3
Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	3
Occlusione intestinale con resezione	3
Occlusione intestinale senza resezione	3
Tumore retroperitoneale, exeresi di	3
Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi	4
Laparotomia con resezione intestinale	4
Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedono exeresi	4

Chirurgia generale - Piccoli interventi varie	
Accesso periferico per posizionamento di catetere venoso	1
Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti	1
Ascesso o flemmone diffuso, incisione di	1
Ascesso o flemmone sottoaponeurotico, incisione di	1
Ascesso o flemmone superficiale e circoscritto, incisione di	1
Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti	1
Cisti sinoviale, asportazione radicale di	1
Corpo estraneo profondo extracavitario, estrazione di	1
Corpo estraneo superficiale, estrazione di	1
Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del	1
Ematoma superficiale, svuotamento di	1
Ematomi profondi extracavitari, svuotamento di	1

Espianto di catetere peritoneale	1
Ferita profonda della faccia, sutura di	1
Ferita profonda, sutura di	1
Ferita superficiale della faccia, sutura di	1
Ferita superficiale, sutura di	1
Fistola artero-venosa periferica, preparazione di	1
Impianto chirurgico di catetere peritoneale	1
Patereccio profondo ed osseo, intervento per	1
Patereccio superficiale, intervento per	1
Posizionamento percutaneo di catetere venoso centrale (come unica prestazione)	1
Tumore profondo extracavitario, asportazione di	1
Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di	1
Tumore superficiale o sottocutaneo benigno o cisti tronco/arti, asportazione di	1
Unghia incarnita, asportazione di	1
Unghia incarnita, cura radicale di	1

Chirurgia generale - Stomaco - Duodeno	
Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)	2
Gastro-enterostomia per neoplasie non resecabili	2
Gastrostomia	2
Piloroplastica (come unico intervento)	2
Dumping syndrome, interventi di riconversione per	3
Resezione gastro duodenale	3
Vagotomia selettiva, tronculare con piloroplastica	3
Vagotomia superselettiva	3
Gastrectomia totale per patologia benigna	4
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	4
Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per	5
Gastrectomia totale con linfoadenectomia	5

Chirurgia oro - maxillo - facciale	
Calcolo salivare, asportazione di	1
Cisti del mascellare, operazione per	1
Cisti, mucose, piccole neoplasie benigne: della lingua o delle guance o del labbro o del pavimento orale (asportazione di)	1
Condilectomia (come unico intervento)	1
Corpi estranei profondi di tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di	1
Corpi estranei superficiali dei tessuti molli della cavità orale e/o della faccia, asportazione di	1
Epulidi, asportazione di (con resezione del bordo alveolare)	1
Fissazione con ferule di elementi dentali lussati (per arcata)	1
Fistola del dotto di Stenone, intervento per	1
Fornice gengivale superiore o inferiore, plastica del	1
Fratture mandibolari, riduzione con ferule	1
Frenulotomia con frenuloplastica superiore ed inferiore	1
Lingua, amputazione parziale per tumori benigni,angiomi, macroglossia	1
Neoformazioni endossee di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, torus palatino e mandibolare), exeresi di	1
Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di	1
Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di	1
Plastiche mucose per comunicazioni oro-antrali	1
Ranula, asportazione di	1
Scappucciamento osteo mucoso dente semincluso	1
Seno mascellare, apertura per processo alveolare	1

Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale	2
Correzione di esiti di labioschisi	2
Correzione di naso da labioschisi	2
Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle	2
Formazioni cistiche endoparotidee, enucleoresezione di	2
Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	2
Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle	2
Labioalveoloschisi monolaterale	2
Labioschisi (semplice) monolaterale	2
Linfoangioma cistico del collo, intervento per	2
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	2
Lussazione mandibolare, terapia chirurgica per	2
Meniscectomia dell'articolazione temporo-mandibolare (come unico intervento)	2
Neoformazioni endossee di grandi dimensioni, exeresi di	2
Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	2
Palatoschisi parziale	2
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per	2
Plastica di fistola palatina	2
Tumori benigni o misti della parotide, enucleazione di	2
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale	3
Labioalveoloschisi bilaterale	3
Labioschisi bilaterale	3
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare	3
Mandibola, resezione parziale per neoplasia della	3
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del	3
Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	3
Palatoschisi totale	3
Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per	3
Parotidectomia superficiale	3
Parotidectomia totale	3
Ricostruzione con innesti ossei dei mascellari	3
Ricostruzione con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	3
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	4
Fossa pterigo-mascellare, chirurgia della	5
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale	5
Malformazioni dento-maxillo-facciali della mandibola e della mascella (progenismo, microgenia, prognatismo, micrognatia,laterodeviazioni mandibolari, etc.), compresa mentoplastica sul mascellare superiore o sulla mandibola (trattamento completo)	5

Chirurgia pediatrica	
Cefaloematoma, aspirazione di	1
Dilatazione per stenosi congenita dell'ano	1
Granuloma ombelicale, cauterizzazione	1
Preparazione di vena per fleboclisi e trasfusione	1
Retto, prolasso con cerchiaggio anale del	1
Atresie vie biliari, esplorazioni	2
Craniostenosi	2
Esonfalo o gastroschisi	2
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice	2

Occlusione intestinale del neonato, senza resezione intestinale	2
Piloro, stenosi congenita del	2
Atresia dell'ano: operazione perineale	3
Ernia diaframmatica di Bochdalek	3
Ernia diaframmatica di Morgagni	3
Occlusione intestinale del neonato, con resezione intestinale	3
Plastica dell'ano per stenosi congenita	3
Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del	3
Retto, prolasso con operazione addominale del	3
Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene), intervento per	4
Cranio bifido con meningocele	4
Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale	4
Neuroblastoma endotoracico	4
Neuroblastoma pelvico	4
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz	4
Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)	4
Teratoma sacrococcigeo	4
Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale, retto-vulvare: abbassamento addomino perineale	5
Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale	5
Cranio bifido con meningoencefalocele	5
Esofago (trattamento completo), atresia o fistole congenite dell'	5
Neuroblastoma addominale	5
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva	5
Spina bifida: meningocele	5
Spina bifida: mielomeningocele	5
Asportazione tumore di Wilms	5

Chirurgia plastica ricostruttiva	
Allestimento di lembo peduncolato	1
Angiomi del viso di piccole dimensioni (meno di cm. 4), intervento per	1
Angiomi di tronco e arti di grandi dimensioni (da cm. 7 in poi), intervento per	1
Angiomi di tronco e arti di piccole/medie dimensioni (meno di cm. 7), intervento per	1
Cheloidi di grandi dimensioni, asportazione di	1
Cheloidi di piccole dimensioni, asportazione di	1
Cicatrici del tronco o degli arti di grandi dimensioni, correzione di	1
Cicatrici del tronco o degli arti di piccole dimensioni, correzione di	1
Cicatrici del viso di grandi dimensioni, correzione di	1
Cicatrici del viso di piccole dimensioni, correzione di	1
Iniezione intracheloidea di cortisone	1
Innesti compositi	1
Innesto dermo epidermico o dermo adiposo o cutaneo libero o di mucosa	1
Innesto di fascia lata	1
Malformazione dell'areola e del capezzolo, intervento per	1
Modellamento di lembo in situ	1
Plastica a Z del volto	1
Plastica a Z in altra sede	1
Plastica V/Y, Y/V	1
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	1
Toilette di ustioni di grandi estensioni (prestazione ambulatoriale)	1
Toilette di ustioni di piccole estensioni (prestazione ambulatoriale)	1
Trasferimento di lembo peduncolato	1
Tumori maligni profondi del viso, asportazione di	1
Tumori maligni superficiali del viso, intervento per	1

Tumori superficiali o cisti benigne del viso, intervento per	1
Angiomi del viso di grandi dimensioni (da cm. 4 in poi) intervento per	2
Ginecomastia bilaterale	2
Ginecomastia monolaterale	2
Innesto di nervo o di tendine	2
Innesto osseo o cartilagineo	2
Intervento di pusk-back e faringoplastica	2
Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva delle	2
Malformazione semplice delle mani e dei piedi (sindattilia, polidattilia)	2
Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	2
Retrazione cicatriziale delle dita con innesto	2
Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto	2
Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale	2
Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea	2
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	2
Riparazione di P.S.C. con lembo fasciocutaneo	2
Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo	2
Riparazione di P.S.C. o di esiti cicatriziali mediante espansione tissutale	2
Stati intersessuali, chirurgia degli	2
Malformazioni complesse delle mani e dei piedi (trattamento completo)	3
Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	3
Trasferimento di lembo libero microvascolare	3
Aplasia della vagina, ricostruzione per	5

Chirurgia toraco - polmonare	
Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa	1
Biopsia laterocervicale	1
Biopsia sopraclaveare	1
Broncoinstillazione endoscopica	1
Drenaggi di mediastiniti acute o croniche o di ascessi	1
Drenaggio cavità empiematica	1
Drenaggio pleurico per emo e/o pneumotorace traumatico	1
Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	1
Fratture costali o sternali, trattamento conservativo	1
Instillazione medicamentosa endopleurica isolata	1
Lavaggio bronco alveolare endoscopico	1
Lavaggio pleurico	1
Mediastinoscopia diagnostica	1
Mediastinoscopia operativa	1
Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico	1
Neoformazioni costali localizzate	1
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste),intervento di	1
Pneumotorace terapeutico	1
Puntato sternale o midollare	1
Puntura esplorativa del polmone	1
Toracentesi	1
Toracoscopia	1
Tracheo-broncoscopia esplorativa	1
Tracheo-broncoscopia operativa	1
Ascessi, interventi per	2
Enfisema bolloso, trattamento chirurgico	2
Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	2
Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	2
Lembo mobile toracico (flyin chest), trattamento conservativo del	2

Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	2
Neoformazioni del diaframma	2
Neoformazioni della trachea	2
Neoplasie maligne coste e/o sterno	2
Toracoplastica, secondo tempo	2
Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	2
Cisti (echinococco od altre), asportazione di	3
Decorticazione pleuro polmonare, intervento di	3
Ernie diaframmatiche traumatiche	3
Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	3
Ferite con lesioni viscerali del torace	3
Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)	3
Pleurectomie	3
Relaxatio diaframmatica	3
Resezione di costa sopranumeraria	3
Resezione segmentaria o lobectomia	3
Resezioni segmentarie atipiche	3
Sindromi stretto toracico superiore	3
Timectomia	3
Torace carenato o escavato, trattamento chirurgico correttivo	3
Toracoplastica, primo tempo	3
Bilobectomie, intervento di	4
Fistole esofago-bronchiali, interventi di	4
Neoplasie maligne della trachea	4
Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino	4
Resezioni segmentarie tipiche	4
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	5
Pleuropneumectomia	5
Pneumectomia, intervento di	5
Resezione bronchiale con reimpianto	5
Trapianto di polmone	5

Chirurgia vascolare	
Bendaggio elasto-compressivo arti inferiori	1
Fasciotomia decompressiva	1
Iniezione endoarteriosa	1
Iniezione sclerosante	1
Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	1
Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omerale-mammaria interna-brachiale- ascellare-glutea-carotide-vertebrale-succlavia-anonima	1
Legatura e/o sutura di piccoli vasi: tibiali-linguale-tiroidea-mascellare-temporale-facciale radiale-cubitali-arcate palmari	1
Varicectomia con legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	1
Varicectomia (come unico intervento)	1
Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca	2
Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	2
Aneurismi arterie distali degli arti	3
Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici	3
By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale	3
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio	3
By-pass aorto-renale, aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale	3
By-pass arterie periferiche: femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo	3
Elefantiasi degli arti	3
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	3

Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche (CHIVA)	3
Sindromi neurovascolari degli arti inferiori	3
Tromboendoarteriectomia e plastica arteria femorale	3
Varici recidive	3
Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	4
Pseudoaneurismi post-traumatici o iatrogeni	4
Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale	4
Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	4
Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	4
Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	4
Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto	5

Dermatologia - Crioterapia - Laserterapia	
Asportazione con LASER di tumori benigni cutanei o delle mucose esclusi quelli del viso (unica seduta)	1
Asportazione con LASER di tumori benigni del viso (unica seduta)	1
Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni (prima seduta)	1
Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni (sedute successive)	1
Trattamento mediante LASER di alterazioni cutanee virali (verruche, condilomi, etc.) (prima seduta)	1
Trattamento mediante LASER di alterazioni cutanee virali (verruche, condilomi, etc.) (sedute successive)	1
Trattamento mediante LASER di malformazioni vascolari superficiali (prima seduta)	1
Trattamento mediante LASER di malformazioni vascolari superficiali (sedute successive)	1
Trattamento mediante LASER di tumori maligni cutanei (trattamento completo)	1

Gastroenterologia	
Biopsia digiunale sotto scopia con capsula a suzione	1
Dilatazione graduale del retto (per seduta)	1
Esofagogastroduodenoscopia compreso passaggio di sonda di dilatazione (prima seduta)	1
Esofagogastroduodenoscopia compreso passaggio sonda di dilatazione (sedute successive)	1
Esofagogastroduodenoscopia esplorativa e/o diagnostica (comprese biopsie) ed eventuale test rapido H.Pylori	1
Manometria ano-rettale	1
Manometria colon	1
Manometria esofagea o gastroesofagea	1
Manometria gastrica	1
Pancolonscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie)	1
PH manometria ambulatoriale con registrazione 24 ore	1
PH metria esofagea	1
Rettoscopia diagnostica con strumento rigido	1
Rettosigmoidoscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie)	1
Sondaggio duodenale	1
Sondaggio gastrico	1
Sondaggio gastrico frazionato con prove di stimolazione	1
Test all'idrogeno respiratorio per malassorbimento o intolleranza al lattosio	1
Test all'idrogeno respiratorio per proliferazione batterica nel tenue	1

Ginecologia	
Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde	1
Ascessi delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di	1
Ascesso pelvico, trattamento chirurgico	1
Biopsia della portio, vulva, vagina, endometrio	1
Cisti vaginale, asportazione di	1
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali	1
Colposcopia	1
Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purolente	1
Denervazione vulvare	1
Diatermocoagulazione della portio uterina o vulva	1
Dilatazione del collo e applicazione di tubetto di Petit-Leufour endouterino	1
Idrotubazione medicata (per seduta)	1
Imenotomia-imenectomia (come unico intervento)	1
Insufflazione tubarica	1
Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsie (come unico esame)	1
Isteroscopia operativa: corpi estranei, rimozione di	1
Isteroscopia operativa: sinechie-setti-fibromi-polipi, intervento per	1
Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie	1
Laparotomia esplorativa (come unico intervento)	1
Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta)	1
Neoformazioni della vulva, asportazione	1
Polipi cervicali, asportazione di	1
Polipi orifizio uretrale esterno	1
Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di	1
Puntura esplorativa del cavo del Douglas	1
Raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico	1
Setto vaginale, asportazione chirurgica	1
Tracheloplastica (come unico intervento)	1
V.A.B.R.A. a scopo diagnostico	1
Adesiolisi	2
Annessiectomia monolaterale, interventi demolitivi di	2
Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di	2
Cisti della ghiandola del Bartolini, asportazione di	2
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	2
Conizzazione e tracheloplastica	2
Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per	2
Linfoadenectomia laparotomica (come unico intervento)	2
Miomectomie per via vaginale	2
Neurectomia semplice	2
Plastica con allargamento dell'introito (compreso intervento per vaginismo)	2
Plastica vaginale anteriore, intervento di	2
Plastica vaginale posteriore, intervento di	2
Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale	2
Salpingectomia bilaterale	2
Salpingectomia monolaterale	2
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	2
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	2
Vulvectomia parziale	2
Vulvectomia parziale con linfoadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	2
Annessiectomia bilaterale, interventi conservativi di	3
Annessiectomia bilaterale, interventi demolitivi di	3
Annessiectomia monolaterale, interventi conservativi di	3

Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	3
Fistole ureterali, vescicovaginale, rettovaginale, intervento per	3
Incontinenza urinaria, intervento per via vaginale o addominale	3
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale, intervento di	3
Isteropessi	3
Laparotomia per ferite e rotture dell'utero	3
Metroplastica (come unico intervento)	3
Miomectomie per via laparotomica e ricostruzione plastica dell'utero	3
Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di	3
Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addominale o vaginale	3
Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	3
Salpingoplastica	3
Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina	3
Trattamento chirurgico conservativo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	3
Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	3
Tumori maligni vaginali senza linfoadenectomia,intervento radicale per	3
Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di	3
Vulvectomia totale	3
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfoadenectomia	4
Laparotomia esplorativa con linfoadenectomia lombo pelvica selettiva e bioptica	4
Trattamento chirurgico conservativo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	4
Eviscerazione pelvica	5
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfoadenectomia	5
Tumori maligni vaginali con linfoadenectomia, intervento radicale per	5
Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	5

Neurochirurgia	
Puntura epidurale	1
Puntura sottoccipitale per prelievo liquorale o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto	1
Rachicentesi per qualsiasi indicazione	1
Registrazione continua della pressione intracranica	1
Neurolisi (come unico intervento)	2
Neurorrafia primaria (come unico intervento)	2
Neurotomia semplice (come unico intervento)	2
Simpatico cervicale: enervazione del seno carotideo, intervento sul	2
Simpatico cervicale: gangliectomia, intervento sul	2
Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul	2
Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul	2
Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul	2
Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul	2
Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul	2
Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul	2
Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul	2
Simpatico lombare: splancnicectomia, intervento sul	2
Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici	2
Termorizotomia del trigemino o altri nervi cranici	2
Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare	2
Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)	2
Anastomosi spino-facciale e simili	3
Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo	3

Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	3
Gangliectomia lombare e splancnicectomia	3
Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali	3
Neoplasie endorachidee, asportazione di	3
Plesso brachiale, intervento sul	3
Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi splancnici	3
Tumori dei nervi periferici, asportazione di	3
Carotide endocranica, legatura della	4
Craniotomia per ematoma extradurale	4
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	4
Plastica volta cranica	4
Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica	4
Stereotassi, intervento di	4
Anastomosi vasi intra-extra cranici	5
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per	5
Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni	5
Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di	5
Corpo estraneo intracranico, asportazione di	5
Cranioplastica	5
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali	5
Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	5
Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per	5
Encefalomeningocele, intervento per	5
Epilessia focale, intervento per	5
Ernia del disco dorsale o lombare	5
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica	5
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	5
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	5
Fistola liquorale	5
Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	5
Ipofisi, intervento per via transfenoidale	5
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari	5
Laminectomia per tumori intramidollari	5
Malformazione aneurismatica (aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi)	5
Mielomeningocele, intervento per	5
Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di	5
Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	5
Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)	5
Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche	5
Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica	5
Stenosi vertebrale lombare	5
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari	5
Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per	5
Traumi vertebro-midollari via posteriore	5
Tumore orbitale, asportazione per via endocranica	5
Tumori della base cranica, intervento per via transorale	5
Tumori orbitari, intervento per	5

Oculistica - Bulbo oculare	
Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	2
Enucleazione con innesto protesi mobile	2
Enucleazione o exenteratio	2
Eviscerazione con impianto intraoculare	2
Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	3

Oculistica - Congiuntiva	
Corpi estranei, asportazione di	1
Iniezione sottocongiuntivale	1
Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto	1
Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento	1
Piccole cisti, sutura con innesto placentare	1
Plastica congiuntivale per innesto	1
Plastica congiuntivale per scorrimento	1
Pterigio o pinguecola	1
Sutura di ferita congiuntivale	1

Oculistica - Cornea	
Corpi estranei dalla cornea, estrazione di	1
Crioapplicazioni corneali	1
Lenticolo biologico, apposizione a scopo terapeutico	1
Paracentesi della camera anteriore	1
Sutura corneale (come unico intervento)	1
Tatuaggio corneale	1
Cheratomilleusi	2
Cheratoplastica lamellare	2
Cheratotomia refrattiva (escluse finalità estetiche)	2
Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	2
Epicheratoplastica	2
Cheratoplastica a tutto spessore	3
Trapianto corneale lamellare	3
Odontocheratoprotesi	4
Trapianto corneale a tutto spessore	4

Oculistica - Cristallino	
Cataratta congenita o traumatica, discissione di	1
Cataratta secondaria, discissione di	1
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera anteriore	1
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera anteriore (come unico intervento)	1
Aspirazione di masse catarattose (come unico intervento)	2
Cataratta complicata, estrazione di	2
Cataratta molle, intervento per	2
Cataratta (senile, traumatica, patologica), estrazione di	2
Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	2
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore	2
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento)	2
Cristallino lussato-cataratta complicata, estrazione di	2
Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala)	2
Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	3

Oculistica - Iride	
Cisti iridee, asportazione e plastica di	2
Iridectomia	2
Irido-dialisi, intervento per	2
Iridoplastica	1
Iridotomia	1
Prolasso irideo, riduzione	1
Sinechiotomia	1
Sutura dell'iride	1

Oculistica - Muscoli	
Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento	1
Recessione-resezione-inginocchiamento, trattamento di	1
Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento	2
Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche)	2
Strabismo paralitico, intervento per	2

Oculistica - Operazione per glaucoma	
Alcoolizzazione nervo cigliare, intervento per	1
Ciclodiatermia perforante	1
Crioapplicazione antiglaucomatosa	1
Ciclodialisi	2
Goniotomia	2
Microchirurgia dell'angolo camerulare	2
Operazione fistolizzante	2
Trabeculotomia	2
Iridocicloretrazione	3
Trabeculectomia	3
Trabeculectomia + asportazione cataratta - intervento combinato	3
Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale - intervento combinato	4

Oculistica - orbita	
Biopsia orbitaria	1
Cavità orbitaria, plastica per	2
Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	2
Corpi estranei endoorbitali, asportazione di	1
Exenteratio orbitae	2
Iniezione endorbitale	1
Operazione di Kronlein od orbitotomia	5
Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	2

Oculistica - Palpebre	
Ascesso palpebre, incisione di	1
Blefarocalasi o traumi o ferite, intervento di blefaroplastica: 1 palpebra	1
Blefarocalasi o traumi o ferite, intervento di blefaroplastica: ogni altra palpebra	1
Calazio	1
Cantoplastica	1
Elettrolisi delle ciglia (massimo due sedute)	1
Entropion-ectropion	1
Epicanto-coloboma	1
Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: 1 palpebra (escluse finalità estetiche)	1
Ernia palpebrale, correzione con riduzione sovrabbondanza cutanea:ogni altra palpebra (escluse finalità estetiche)	1
Ernie palpebrali, correzione di (escluse finalità estetiche)	1
Piccoli tumori o cisti, asportazione di	1
Riapertura di anchiloblefaron	1
Sutura cute palpebrale (come unico intervento)	1
Sutura per ferite a tutto spessore (come unico intervento)	1
Tarsorrafia (come unico intervento)	1
Tumori, asportazione con plastica per scorrimento	1
Xantelasma semplice, asportazione di	1
Xantelasma, asportazione con plastica per scorrimento	1

Tumori, asportazione con plastica per innesto	2

Oculistica - Retina	
Asportazione, cerchiaggio, rimozione materiali usati durante l'intervento di distacco	1
Sclerotomia (come unico intervento)	1
Sutura sclerale	1
Criotrattamento (come unico intervento)	2
Diatermocoagulazione retinica per distacco	2
Sclerectomia	2
Vitrectomia anteriore o posteriore	3
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	5

Oculistica - Sopracciglio	
Cisti o corpi estranei, asportazione di	1
Elevazione del sopracciglio, intervento per	1
Plastica per innesto	1
Plastica per scorrimento	1
Sutura ferite	1

Oculistica - Trattamenti laser	
Laserterapia degli annessi, della congiuntiva, dei neovasicorneali	1
Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze	1
Laserterapia delle vasculopatie e/o malformazioni retiniche (a seduta)	1
Laserterapia iridea	1
Laserterapia lesioni retiniche	1
Laserterapia nella retinopatia diabetica (per seduta)	1
Trattamenti laser per cataratta secondaria	1
Laserchirurgia della cornea a scopo terapeutico o ottico (escluse finalità estetiche)	2

Oculistica - Vie lacrimali	
Chiusura del puntino lacrimale	1
Chiusura puntino lacrimale con protesi	1
Fistola, asportazione	1
Flemmone, incisione di (come unico intervento)	1
Impianto tubi di silicone nella stenosi delle vie lacrimali	1
Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del	1
Sacco lacrimale, incisione di (come unico intervento)	1
Sondaggio o lavaggio vie lacrimali (per seduta)	1
Stricturotomia (come unico intervento)	1
Dacriocistorinostomia o intubazione	2
Vie lacrimali, ricostruzione	2

Ortopedia e traumatologia - Interventi cruenti	
Agoaspirato osseo	1
Amputazione piccoli segmenti (trattamento completo)	1
Artrocentesi	1
Artrocentesi con introduzione di medicamento	1
Artrodesi: medie articolazioni	1
Artrodesi: piccole articolazioni	1
Artrolisi: medie	1
Artrolisi: piccole	1
Artroplastiche con materiale biologico: piccole	1
Artroscopia diagnostica (come unico intervento)	1
Ascesso freddo, drenaggio di	1

Biopsia articolare	1
Biopsia ossea	1
Biopsia vertebrale a cielo aperto	1
Borsectomia	1
Calcaneo stop	1
Condrectomia	1
Esostosi semplice, asportazione di	1
Frattura esposta, pulizia chirurgica di	1
Infiltrazione	1
Laterale release	1
Midollo osseo, espianto di	1
Perforazione alla Boeck	1
Puntato tibiale o iliaco	1
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di medie o piccole articolazioni	1
Rimozione mezzi di sintesi	1
Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)	1
Toilette chirurgica e piccole suture	1
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di	1
Acromioplastica anteriore	2
Alluce valgo	2
Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)	2
Amputazione medi segmenti (trattamento completo)	2
Artrolisi: grandi	2
Artroplastiche con materiale biologico: medie	2
Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali	2
Cisti meniscale o parameniscale, asportazione di	2
Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	2
Correzione piede torto congenito, parti molli e/o ossei	2
Costruzione di monconi cinematici	2
Disarticolazioni, piccole	2
Elsmie-Trillat, intervento di	2
Epifisiodesi	2
Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	2
Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	2
Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)	2
Neurinomi, trattamento chirurgico di	2
Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	2
Osteosintesi: medi segmenti	2
Osteosintesi: piccoli segmenti	2
Osteotomia complessa (bacino, vertebrale, etc.)	2
Osteotomia semplice	2
Prelievo di trapianto osseo con innesto	2
Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	2
Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	2
Resezione articolare	2
Resezione ossea	2
Riallineamento metatarsale	2
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni	2
Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione	2
Scapulopessi	2
Sinoviectomia grandi e medie articolazioni (come unico intervento)	2
Traslazione muscoli cuffia e rotatori della spalla	2
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	2
Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	3

Artrodesi: grandi articolazioni	3
Artroplastiche con materiale biologico: grandi	3
Artroprotesi polso	3
Artroprotesi: gomito, tibiotarsica	3
Chemonucleolisi per ernia discale	3
Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per	3
Disarticolazioni, medie	3
Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di	3
Lussazioni recidivanti (spalla,ginocchio), plastica per	3
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozione di corpi mobili (trattamento completo)	3
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozione di corpi mobili + condroabrasione (trattamento completo)	3
Nucleoaspirazione e/o nucleolisi lombare	3
Osteosintesi: grandi segmenti	3
Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	3
Resezione del sacro	3
Riduzione cruenta lussazione congenita anca	3
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento	3
Tetto cotiloideo, ricostruzione di	3
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	3
Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche	3
Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia)	4
Osteosintesi vertebrale	4
Radiodistale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	4
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale	4
Artrodesi vertebrale per via anteriore	5
Artrodesi vertebrale per via posteriore	5
Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore	5
Artroprotesi spalla, parziale	5
Artroprotesi spalla, totale	5
Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)	5
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)	5
Artroprotesi: ginocchio	5
Disarticolazione interscapolo toracica	5
Disarticolazioni, grandi	5
Emipelvectomia	5
Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto	5
Ernia del disco dorsale o lombare	5
Ernia del disco dorsale per via transtoracica	5
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	5
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	5
Reimpianti di arto o suo segmento	5
Scoliosi, intervento per	5
Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg	5
Stenosi vertebrale lombare	5
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di	5
Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)	5

Ortopedia e traumatologia - Tendini - Muscoli - Aponevrosi - Nervi periferici	
Biopsia muscolare	1
Dito a martello	1
Gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di	1
Tenolisi (come unico intervento)	1
Tenorrafia semplice	1
Deformità ad asola	2

Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	2
Tenorrafia complessa	2
Tenotomia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)	2
Torcicollo miogeno congenito, plastica per	2
Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	2

Ostetricia	
Aborto terapeutico	1
Amnioscopia	1
Amniocentesi	1
Biopsia villi coriali	1
Cerchiaggio cervicale	1
Colpoperineorrafia per deiescenza sutura, intervento di	1
Cordocentesi	1
Fetoscopia	1
Flussimetria	1
Lacerazione cervicale, sutura di	1
Laparotomia esplorativa	1
Mastite puerperale, trattamento chirurgico	1
Revisione delle vie del parto, intervento per	1
Revisione di cavità uterina per aborto in atto-postabortivo-in puerperio, intervento	1
Riduzione manuale per inversione di utero per via vaginale, intervento di	1
Secondamento artificiale	1
Assistenza al parto con taglio cesareo conservativo o demolitivo (comprensiva della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero)	2
Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore	2
Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica,intervento di	2

Otorinolaringoiatria - Faringe - Cavo orale - Orofaringe - Ghiandole salivari	
Ascesso peritonsillare, incisione	1
Ascesso retro-faringeo o latero-faringeo	1
Corpi estranei endofaringei, asportazione di	1
Leucoplachia, asportazione	1
Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di	1
Ugulotomia	1
Tonsillectomia	2
Velofaringoplastica	2
Fibroma rinofaringeo	3
Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	3
Neoplasie parafaringee	4

Otorinolaringoiatria - Naso e seni paranasali	
Adenoidectomia	1
Cateterismo seno frontale	1
Cisti e piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di	1
Corpi estranei, asportazione di	1
Ematoma, ascesso del setto, drenaggio	1
Fistole oro antrali	1
Fratture delle ossa nasali, riduzioni di	1
Instillazione sinusale (per ciclo di terapia)	1
Ozena, cura chirurgica dell'	1
Polipi nasali o coanali, asportazione semplice di	1
Rinofima, intervento	1
Rinosettoplastica, revisione di	1
Seno frontale, svuotamento per via esterna	1

Seno frontale, svuotamento per via nasale	1
Seno mascellare, puntura diameatica del	1
Seno mascellare, svuotamento radicale monolaterale	1
Sinechie nasali, recisione di	1
Speroni o creste del setto, asportazione di	1
Tamponamento nasale anteriore	1
Tamponamento nasale antero-posteriore	1
Turbinati inferiori, svuotamento funzionale (come unico intervento)	1
Turbinati, cauterizzazione dei (come unico intervento)	1
Turbinotomia (come unico intervento)	1
Varici del setto, trattamento di	1
Adenotonsillectomia	2
Atresia coanale, intervento per	2
Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	2
Etmoide, svuotamento radicale bilaterale	2
Etmoide, svuotamento radicale monolaterale	2
Rinosettoplastica ricostruttiva o funzionale (escluse finalità estetiche)	2
Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale	2
Settoplastica ricostruttiva o funzionale con turbinotomia	2
Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	2
Rinosettoplastica con innesti liberi di osso	3
Seni paranasali, intervento per mucocele	3
Seni paranasali, intervento radicale monolaterale	3
Seno sfenoidale, apertura per via transnasale	3
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare conservativa con turbinotomie funzionali	3
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo e secondo grado monolaterale allargata	3
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neuro vascolare radicale di terzo grado monolaterale allargata	3
Seni paranasali, intervento radicale bilaterale	4
Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di	5

Otorinolaringoiatria - Orecchio	
Ascesso del condotto, incisione di	1
Cateterismo tubarico (per seduta)	1
Corpi estranei dal condotto, asportazione per via naturale con lavaggio	1
Corpi estranei dal condotto, asportazione strumentale	1
Corpi estranei, asportazione per via chirurgica retroauricolare	1
Drenaggio transtimpanico	1
Ematoma del padiglione, incisione di	1
Fistole congenite, asportazione di	1
Miringotomia (come unico intervento)	1
Neoplasia del padiglione, exeresi di	1
Neoplasie del condotto, exeresi	1
Osteomi del condotto, asportazione di	1
Polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, asportazione di	1
Timpanotomia esplorativa	1
Mastoidectomia	2
Miringoplastica per via endoaurale	2
Timpanoplastica, secondo tempo di	2
Miringoplastica per via retroauricolare	3
Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	3
Stapedectomia	3
Timpanoplastica senza mastoidectomia	3

Tumori dell'orecchio medio, asportazione di	3
Antroatticotomia con labirintectomia	4
Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidea	4
Atresia auris congenita incompleta	4
Mastoidectomia radicale	4
Petrositi suppurate, trattamento delle	4
Sacco endolinfatico, chirurgia del	4
Stapedotomia	4
Timpanoplastica con mastoidectomia	4
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidea	5
Atresia auris congenita completa	5
Nervo vestibolare, sezione del	5
Neurinoma dell'ottavo paio	5
Petrosectomia	5

Otorinolaringoiatria - Laringe e ipofaringe	
Ascesso dell'epiglottide, incisione	1
Biopsia in laringoscopia	1
Biopsia in microlaringoscopia	1
Cauterizzazione endolaringea	1
Corpi estranei, asportazione in laringoscopia	1
Dilatazione laringea (per seduta)	1
Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia	1
Neoformazioni benigne, asportazione in microlaringoscopia	1
Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	1
Nervo laringeo superiore, alcoolizzazione del	1
Papilloma laringeo	1
Pericondrite ed ascesso perilaringeo	1
Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	2
Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	2
Laringocele	2
Cordectomia	3
Laringectomia parziale	3
Adduttori, intervento per paralisi degli	4
Cordectomia con il laser	4
Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	4
Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	5
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale	5
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale	5
Laringofaringectomia totale	5

Urologia - Endoscopia diagnostica	
Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento)	1
Cistoscopia ed eventuale biopsia	1
Cromocistoscopia e cateterismo ureterale bilaterale	1
Cromocistoscopia e cateterismo ureterale monolaterale	1
Cromocistoscopia per valutazione funzionale	1
Ureteroscopia (omnicomprensiva)	1
Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico)	1

Urologia - Endoscopia operativa	
Collo vescicale, resezione per sclerosi recidiva	1
Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di	1
Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali - per seduta	1

Meatotomia ureterale (come unico intervento)	1
Meatotomia uretrale (come unico intervento)	1
Nefrostomia percutanea monolaterale	1
Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento)	1
Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento)	1
Uretrotomia endoscopica	1
Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento)	1
Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume)	1
Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	2
Formazioni ureterali, resezione endoscopica di	2
Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	2
Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, etc.	2
Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	2
Nefrostomia percutanea bilaterale	2
Reflusso vescico ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	2
Ureterocele, intervento endoscopico per	2
Collo vescicale e prostata, resezione endoscopica del	3
Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	3
Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVP)	3
Wall Stent per stenosi uretrali compresa nefrostomia	3

Urologia - Prostata	
Agoaspirato/agobiopsia prostata	1
Cura per affezione della prostata con prostathermer (per ciclo di cura annuale)	2
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	3
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfoadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)	5

Urologia - Rene	
Agobiopsia renale percutanea	1
Cisti renale per via percutanea, puntura di	1
Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti	1
Pielocentesi (come unico intervento)	1
Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)	2
Cisti renale, resezione	2
Lombotomia per ascessi pararenali	2
Nefropessi	2
Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento)	2
Pielocalicolitotomia (come unico intervento)	2
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale monolaterale (trattamento completo)	3
Nefrectomia polare	3
Nefrectomia semplice	3
Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di	3
Pielouretero plastica per stenosi del giunto	3
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale bilaterale (trattamento completo)	4
Litotripsia per calcolosi renale e ureterale monolaterale (trattamento completo)	4
Eminefrectomia	5
Litotripsia per calcolosi renale e ureterale bilaterale (trattamento completo)	5
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)	5
Nefroureterectomia radicale con linfoadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	5
Nefroureterectomia radicale più trattamento trombocavale (compresa surrenectomia)	5
Surrenectomia (trattamento completo)	5
Trapianto di rene	5

Urologia - Uretere	
Transuretero-ureteroanastomosi	2
Ureterocistoneostomia monolaterale	2
Ureterolisi più omentoplastica	2
Ureterolitotomia lombo-iliaca	2
Ureterocistoneostomia bilaterale	3
Ureterocutaneostomia monolaterale	3
Uretero-ileo-anastomosi bilaterale	3
Uretero-ileo-anastomosi monolaterale	3
Ureteroileocutaneostomia non continente	3
Ureterolitotomia pelvica	3
Ureterosigmoidostomia bilaterale	3
Ureterosigmoidostomia monolaterale	
Ureterocutaneostomia bilaterale	5
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale), intervento di	5
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di	5

Urologia - Vescica	
Calcoli o corpi estranei, rimozione di	1
Caruncola uretrale	1
Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per	1
Meatotomia e meatoplastica	1
Polipi del meato, coagulazione di	1
Prolasso mucoso uretrale	1
Terapia rieducativa minzionale (per seduta)	1
Diatermocagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell'uretra	2
Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	2
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	2
Rottura traumatica dell'uretra	2
Uretrectomia totale	2
Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	2
Uretrostomia perineale	2
Epispadia e ipospadia balanica e uretroplastica, intervento per	3
Fistole uretrali	3
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	3
Uretroplastiche (lembi liberi o peduncolati), trattamento completo	3
Epispadia e ipospadia peniena e uretroplastica, intervento per	4
Ipospadia scrotale o perineale,intervento per (trattamento completo-plastica)	4

Urologia - Uretra	
Cistolitotomia (come unico intervento)	1
Cistostomia sovrapubica	1
Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	2
Cistectomia parziale semplice	2
Cistopessi	2
Cistorrafia per rottura traumatica	2
Diverticulectomia	2
Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per	2
Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento)	2
Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	3
Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	3
Vescicoplastica antireflusso unilaterale	3
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	4

Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	4
Vescicoplastica antireflusso bilaterale	4
Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	5
Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	5
Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	5
Estrofia vescicale (trattamento completo)	5
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica,intervento per	5

BCC Assicurazioni S.p.A. - Sede legale: Maciachini Business Park - MAC 1 - Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano - Italia - Pec bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 02 46 62 75 Cap. Soc. Euro 14.448.000,00 i.v. - C.F. e iscr. Reg. Imp. di MI n. 02652360237 - REA del C.C.I.A di Milano n. 1782224 - P.IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 26 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00124 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 333 del 13/09/1996, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 220 del 19/09/1996.
www.bccassicurazioni.com

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E S.M.I.
(di seguito REG. UE)

1. Titolare del trattamento dei dati personali

Titolare del trattamento dei dati personali è BCC Assicurazioni S.p.A., con sede legale in Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano di seguito anche la "Società" o il "Titolare", Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n.026.

2. Responsabile della Protezione dei dati personali

La Società, ritenendo di primaria importanza la tutela dei Dati Personali degli Interessati, ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) che potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo e-mail dpo@cattolicaassicurazioni.it per ogni tematica riguardante la protezione dei dati personali.

3. Dati personali oggetto di trattamento e fonte dei dati

Il Titolare tratta le seguenti categorie di dati personali: dati anagrafici, dati economico - finanziari; dati relativi allo stato di salute (di seguito, "Dati particolari"); dati inerenti a eventuali condanne penali e/o reati (di seguito "Dati giudiziari"), in presenza di una previsione normativa o di un'indicazione dell'Autorità Giudiziaria; dati relativi ai bisogni assicurativi del cliente.
I dati personali trattati potranno essere raccolti direttamente presso di Lei ovvero da altri soggetti quali ad esempio contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato, intermediari assicurativi, nonché presso fonti pubbliche e/o pubblicamente accessibili, oltre che presso fornitori d'informazioni commerciali e creditizie, che costituiscono fonte ex art. 14 del Reg.UE.

4. Finalità - Base giuridica del trattamento - Natura del conferimento dei dati personali

I suoi dati personali saranno trattati dal Titolare per le seguenti finalità:

a) **Finalità Assicurativa**

I. **Proposizione, conclusione ed esecuzione del contratto assicurativo e dei connessi servizi assicurativi e strumentali** (come ad esempio per la verifica dei requisiti assuntivi per l'emissione del contratto e la quotazione del relativo premio, determinazione della classe di merito, attività di liquidazione dei danni etc.) **e dei relativi adempimenti normativi** (quali ad esempio la valutazione di adeguatezza dei contratti proposti, gli adempimenti in materia di antifrode e antiterrorismo, la tenuta dei registri assicurativi, la gestione all'Area Riservata del sito internet della Società e la gestione dei reclami).
In relazione a tale finalità il trattamento dei dati risulta necessario sia per l'esecuzione del contratto ai sensi dell'art 6, par. 1, lett. b) Reg. UE, sia per l'adempimento di obblighi di legge previsti dalla normativa di settore, ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. c) Reg. UE e dell'art. 2-ter D.Lgs. 196/2003 s.m.i..
In particolare, la base giuridica per il trattamento dei dati particolari è il consenso ai sensi dell'art 9, par. 2, lett. a) Reg. UE;

II. **Attività di tariffazione e sviluppo di nuovi prodotti.**
La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. f) Reg. UE consistente nella definizione di nuovi prodotti;

III. **Contrastare e prevenire tentativi di frode nei confronti del Titolare.**
La base giuridica del trattamento è il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nella tutela del patrimonio aziendale rispetto a tentativi di frode ed altre condotte illecite, nonché l'adempimento di obblighi di legge ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. c) Reg. UE e dell'art. 2-ter D.Lgs. 196/2003 s.m.i.;

IV. **Difesa dei diritti del Titolare** in sede giudiziaria ed extragiudiziaria.
La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. f) Reg. UE consistente nella tutela degli interessi e diritti propri;

V. **Comunicazione dei dati relativi al contratto stipulato alle società del Gruppo di appartenenza per finalità amministrative e contabili.**
La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nell'esigenza di comunicare i dati dei clienti fra le società del Gruppo di appartenenza per necessità amministrative e contabili;

VI. **Comunicazione dei dati a coassicuratori e riassicuratori, nonché ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa[(1)] per la gestione del rischio assicurato.**
La base giuridica per il trattamento dei dati è il legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nell'esigenza di comunicare i dati dei clienti per la gestione del rischio assicurato. In particolare, la base giuridica per il trattamento dei dati particolari è il consenso ai sensi dell'art 9, par. 2, lett. a) Reg. UE.

***

Il conferimento dei dati personali è necessario per le finalità di cui alla lettera a) I, II, III, IV, V, VI, pertanto, l'eventuale omesso conferimento dei dati personali richiesti determina l'impossibilità di concludere e dare esecuzione al contatto assicurativo.

(1) Per soggetti facenti parte della "catena assicurativa" si intende ad es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.

b) **Invio diretto di comunicazioni commerciali via e-mail relative a prodotti o servizi del Titolare analoghi a quelli acquistati, c.d. "soft spam".**
La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nella promozione via e-mail di prodotti o servizi analoghi rispetto agli acquisti dell'interessato a norma dell'art. 130, comma 4 del D. Lgs. 196/2003 s.m.i. (cd. "soft spam"), comunicazioni che verranno inviate all'indirizzo e-mail fornito dal cliente in sede di stipula della polizza.
Il conferimento dei dati per questa finalità è facoltativo e resta fermo il suo diritto di opporsi in ogni momento a tale trattamento, agevolmente e gratuitamente, coi modi indicati nella sezione "Diritti dell'interessato" della presente informativa e/o con quelli indicati all'interno delle comunicazioni commerciali che Le saranno di volta in volta inviate;

c) **Finalità di marketing effettuata dal Titolare**, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto [(2)], consistenti, ad esempio, nell'invio di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario, compimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità del servizio erogato e la soddisfazione del cliente;

d) **Finalità di marketing per conto di terzi**, effettuato dal Titolare, (con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto), mediante l'invio di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario relativo a prodotti o servizi di tali soggetti terzi appartenenti a determinate categorie merceologiche (editoria, automotive, servizi finanziari, bancari e assicurativi, grande distribuzione, servizi sociosanitari, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia);

e) **Finalità di comunicazione dei suoi dati personali ad altre Società del Gruppo di appartenenza, nonché a soggetti terzi appartenenti a determinate categorie merceologiche** (sopra indicate alla lettera e) **per loro fini di marketing.** Detti soggetti Le rilasceranno, quali Titolari Autonomi di trattamento una separata informativa.

****

In riferimento alle finalità indicate dalla lettera c) alla lettera e), la base giuridica per il trattamento dei dati è il consenso ai sensi dell'art 6, par. 1, lett. a) Reg. UE..
Il conferimento dei dati personali è facoltativo, pertanto, l'eventuale omessa prestazione del consenso non determina l'impossibilità di concludere e dare esecuzione al contatto assicurativo.

5. Destinatari dei dati personali

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate, i suoi Dati Personali potranno essere comunicati alle/conosciuti dalle seguenti categorie di destinatari:

- il personale alle dipendenze del Titolare, previa nomina quali persone autorizzate al trattamento;
- soggetti terzi[(3)] coinvolti nella gestione dei rapporti con lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa.

I soggetti terzi cui possono essere comunicati i suoi Dati Personali agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o 3) Contitolari del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso.
L'elenco aggiornato dei suddetti destinatari è disponibile presso il Titolare, come pure l'estratto di eventuali accordi di contitolarità che possono essere richiesti scrivendo al Titolare del trattamento all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it, oppure al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo dpo@cattolicaassicurazioni.it.
I dati personali raccolti non sono oggetto di diffusione.

6. Modalità di trattamento

Nell'ambito delle finalità indicate al precedente punto 4), il trattamento dei suoi Dati avverrà nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, esattezza, pertinenza e non eccedenza, adottando misure di sicurezza organizzative, tecniche ed informatiche adeguate.
I dati raccolti saranno trattati mediante strumenti cartacei e/o con modalità automatizzate, ivi inclusi i processi decisionali automatizzati che la Società adotta a titolo esemplificativo e non esaustivo per la verifica dei requisiti assuntivi cui è subordinata l'emissione del contratto, per la valutazione di adeguatezza dei contratti proposti rispetto ai bisogni dei clienti e per lo svolgimento dei controlli antifrode.

(2) Di cui all'art. 130, cc. 1, 2, 3, del D. Lgs. 196/2003 s.m.i., tramite attività svolte, oltre che con interviste personali, questionari, posta cartacea, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con altri strumenti automatizzati, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web.

(3) Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa"(vedi nota 1), nonché società del Gruppo di appartenenza, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi., ecc; Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, Enti previdenziali

7. Trasferimento dei Dati all'estero

Ove necessario, i suoi dati potranno essere trasferiti, da parte della Società, verso Paesi Terzi fuori dallo Spazio Economico Europeo. In tali casi il trasferimento avverrà nel rispetto delle condizioni indicate dagli artt. 44 e ss. del Reg. UE, ovvero nei confronti di Paesi per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, sulla base di Clausole Standard approvate dalla Commissione Europea [(4)] oppure in applicazione di specifiche deroghe previste dal Reg. UE.

È possibile richiedere maggiori informazioni in merito ai trasferimenti di dati effettuati ed alle garanzie a tal fine adottate, inviando una e-mail al Titolare del trattamento all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it, oppure al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo dpo@cattolicaassicurazioni.it.

8. Tempi di conservazione dei dati personali

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte e comunque conservati per periodi di tempo diversi a seconda delle finalità per le quali sono trattati, in conformità della normativa tempo per tempo applicabile.

In particolare, i dati personali trattati per le finalità assicurative indicate alla lettera a) del precedente paragrafo 4 saranno conservati di regola per un massimo di 10 anni decorrenti dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto e comunque non oltre 24 mesi da tale termine in caso di soft spam (lettera b)).

In caso di dati relativi alla liquidazione della prestazione gli stessi saranno conservati per 10 anni dalla data della eliminazione del sinistro senza pagamento, o dalla data del pagamento di tutti gli importi dovuti.

I dati trattati per le finalità di marketing indicate alle lettere c), d), e), del precedente paragrafo 4 saranno conservati per 36 mesi dal momento dell'acquisizione del consenso.

In ogni caso resta salva la possibilità di conservare i dati sopra descritti per la necessità di tutelare i diritti del Titolare in ogni sede amministrativa, civile, penale e stragiudiziale.

9. Diritti dell'interessato

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Reg.Ue inviando apposita richiesta a mezzo e-mail al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo dpo@cattolicaassicurazioni.it, oppure al Titolare del trattamento all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it.

Il Reg. UE all'art. 15 e seguenti conferisce all'interessato:

a) il diritto di revoca del consenso prestato;
b) il diritto di accesso, ossia la possibilità di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento e di acquisire informazioni in merito a: finalità del trattamento in corso, categorie di dati personali in questione, destinatari dei dati in particolare se Paesi terzi, il periodo di conservazione, ove possibile, e le modalità del loro trattamento;
c) il diritto alla rettifica e all'integrazione dei dati;
d) il diritto alla loro cancellazione, ogniqualvolta i dati non siano necessari rispetto alle finalità, oppure qualora decidesse di revocare il consenso, o si opponesse al trattamento, o ancora qualora i dati fossero trattati illecitamente, o cancellati per un obbligo di legge;
e) il diritto alla limitazione del trattamento nel caso in cui contesti l'esattezza dei dati personali per il periodo necessario per effettuare le relative verifiche, oppure il trattamento sia illecito, o qualora benché il Titolare del trattamento non abbia più bisogno dei suoi dati, lei richieda la conservazione per finalità giudiziarie, o qualora si sia opposto al trattamento in attesa della verifica dell'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del Titolare;
f) il diritto alla portabilità dei dati ad altro Titolare, qualora il trattamento avvenga con mezzi automatizzati o sia basato sul consenso o sul contratto;
g) il diritto di opporsi al trattamento qualora il trattamento si basi sul legittimo interesse. Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i suoi dati personali a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto della Società;
h) il diritto a proporre reclamo avanti all'Autorità (Garante italiano per la protezione dei dati personali, https://www.garanteprivacy.it).

Nei casi di esercizio dei diritti di cui alle lettere c), d), ed e), l'interessato ha diritto di richiedere i destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali e quindi le eventuali comunicazioni di rettifica, cancellazione o limitazione del trattamento.

Il Titolare r.l.p.t.

(4) La selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati od operanti in Paesi considerati sicuri dalla Commissione Europea, nel rispetto delle raccomandazioni 01/2020 adottate il 10 novembre 2020 dal Comitato Europeo per la Protezione dei Dati. In subordine, i trasferimenti potrebbero essere necessari sulla base di una delle deroghe di cui all'art. 49 Reg. UE, per esempio con il consenso informato dell'interessato o per eseguire un contratto concluso tra l'interessato e il Titolare del trattamento ovvero misure precontrattuali adottate su istanza dell'interessato, o un contratto stipulato tra il Titolare del trattamento e un'altra persona fisica o giuridica a favore dell'interessato, ovvero per importanti motivi di interesse pubblico o per accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o, ancora, per tutelare gli interessi vitali dell'interessato o di altre persone qualora l'interessato si trovi nell'incapacità fisica o giuridica di prestare il proprio consenso.

BCC Assicurazioni S.p.A. - Sede legale: Maciachini Business Park - MAC 1 - Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano - Italia - Pec bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 02 46 62 75 Cap. Soc. Euro 14.448.000,00 i.v. - C.F. e iscr. Reg. Imp. di MI n. 02652360237 - REA del C.C.I.A di Milano n. 1782224 - P.IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 26 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00124 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 333 del 13/09/1996, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 220 del 19/09/1996.
www.bccassicurazioni.com