

Contratto di assicurazione per la tutela della salute

SaraCheckUp

Modello: 50IM **Edizione:** 05/2022

Set Informativo

Il presente Set Informativo contiene:

- DIP – Documento Informativo Precontrattuale
- DIP AGGIUNTIVO - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo
- Condizioni di Assicurazione

Modello: SINF50IM **Edizione:** 05/2022

**Pagina lasciata
intenzionalmente in bianco**

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura una persona fisica in caso di malattia.



Che cosa è assicurato?

La Società nei limiti ed alle condizioni espresse in polizza offre le seguenti coperture:

- ✓ Interventi chirurgici e ricoveri
- ✓ Parto naturale o cesareo
- ✓ Cure bambini fino a due anni di età
- ✓ Malattie rare bambini fino a due anni di età
- ✓ Visite specialistiche ed esami diagnostici
- ✓ Recupero da tossicodipendenza ed alcolismo
- ✓ Spese per accompagnatore
- ✓ Indennità di degenza sostitutiva
- ✓ Spese trapianto
- ✓ Acquisto protesi ortopediche ed acquisto o noleggio ausili medico chirurgici
- ✓ Estensione patologie pandemiche
- ✓ Fisioterapia post infortunio
- ✓ Rimborso per abbonamenti o corsi non goduti

Altre garanzie acquistabili ed opzionali:

- ✓ Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche
- ✓ Indennità di degenza, convalescenza da infortunio e malattia
- ✓ Assistenza Persona (obbligatoria per almeno un assicurato)
- ✓ Tutela Legale Persona



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV.



Ci sono limiti di copertura?

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- ! conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto;
- ! aborto volontario non terapeutico;
- ! intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- ! prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- ! infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, nonché all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- ! infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);
- ! suicidio e tentato suicidio;
- ! infortuni derivanti: dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura), dalla lotta nelle sue varie forme, dalle arti marziali, dalla speleologia, dall'alpinismo, dallo sci estremo, dalle immersioni subacquee con autorespiratore;
- ! terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- ! cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- ! cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza.
- ! prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza);
- ! cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti.
- ! le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere
- ! ricoveri allo scopo di effettuare checkup clinici salvo quanto previsto per la voce "Medicina Preventiva"
- ! le cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatisi successivamente alla stipulazione del contratto, sono escluse in ogni caso le protesi dentarie
- ! malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza
- ! ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento.
- ! conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti
- ! conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.



Dove vale la copertura?

L'assicurazione è valida per tutto il mondo, ad eccezione della garanzia:

- Tutela Legale Persona: per la quale l'Assicurazione viene prestata per le sole controversie che insorgano e debbano essere trattate in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

Fermo restando che gli indennizzi vengono liquidati in Italia ed in valuta avente corso legale in Italia.



Che obblighi ho?

Stipula contratto - In sede di conclusione del contratto le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società 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 c.c..

Corso di contratto - Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 c.c.

Altre assicurazioni - Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 c.c.. Se l'assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al rilascio della polizza. In caso di conclusione del contratto per il tramite di un intermediario incaricato dalla Compagnia, ovvero alla data di conclusione della stessa mediante tecnica di comunicazione a distanza.

Il premio di polizza è annuale o frazionabile: in rate semestrali, con applicazione di un aumento del 4%, o mensilmente (solo in caso di pagamento mediante utilizzo del SDD – Sepa Direct Debit) con applicazione di un aumento del 5%. Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento: a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati a Sara assicurazioni spa, oppure intestati all'Agente della Sara Assicurazioni espressamente in tale qualità; b) ordini di bonifico che abbiano quale beneficiario l'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità; c) denaro contante per premi di importo entro il limite previsto dalla vigente normativa; d) utilizzo del SDD; e) mezzo di pagamento elettronico ove disponibile. Il contratto prevede l'adeguamento automatico (Indicizzazione) delle somme assicurate, del premio nonché dei massimi indennizzi e dei limiti di garanzia, se espressi in cifra assoluta. Tale disposto non è operante per la garanzia assistenza. Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta di assicurazione secondo le aliquote attualmente in vigore.

I pagamenti elettronici relativi ai premi assicurativi successivi al primo possono anche essere effettuati accedendo all'Area Riservata presente sul sito www.Sara.it utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione.

Per il contratto concluso mediante tecnica di comunicazione a distanza, il Premio potrà essere corrisposto con sistema di acquisto via web mediante l'utilizzo di carte di credito Maestro, Visa, American Express e Mastercard, PayPal e Bonifico Online Mybank. Tali modalità di pagamento sono effettuate in condizioni di sicurezza. La polizza verrà successivamente inviata al Contraente secondo le modalità di invio della documentazione contrattuale e pre-contrattuale richieste da quest'ultimo.



Quando inizia la copertura e quando finisce?

Il contratto è concluso con il pagamento del Premio ed entra in vigore alle ore 24 del giorno in cui il pagamento viene effettuato, oppure alle ore 24 del giorno di decorrenza se successivo al pagamento del premio

La garanzia decorre:

a) per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione; b) per le malattie: dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione; c) per il parto: dal 270° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione; d) per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione: dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante, con il termine di aspettativa di 30 giorni, soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quella della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 c.c..

Il contratto prevede il tacito rinnovo alla scadenza.

Il contratto ha una durata annuale o poliennale fino ad un massimo di 5 anni.

Il contratto se poliennale non è rescindibile per la durata contrattuale pattuita, secondo quanto previsto dall'art. 1899 c.c., a fronte di una riduzione del premio di tariffa per un importo pari a quanto previsto in polizza.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle parti mediante lettera raccomandata, entro il termine di almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, c.c..

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Assicurato può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato.

La Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Il presente prodotto non prevede il recesso per sinistro da parte della Società.

Nel caso di conclusione del contratto mediante tecnica di comunicazione a distanza, il Contraente potrà recedere dalla polizza nei 14 (quattordici) giorni successivi alla sua conclusione, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 67- duodecies del Codice del Consumo, ricevendo in restituzione il Premio corrisposto e non goduto, al netto delle imposte e del contributo al SSN, ove previsto.

Assicurazione Salute

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

Impresa: Sara Assicurazioni Spa



Prodotto: SaraCheckUp

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 11/05/2022 ultima versione 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.

Sara Assicurazioni Spa, assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club di Italia, Capogruppo del gruppo assicurativo SARA, con sede legale in Italia in Via Po n° 20, 00198 ROMA, è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con DMICA del 26/8/1925 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 201 del 31/8/1925. Iscrizione all'Albo delle imprese assicurative n° 1.00018. Società del Gruppo ACI. Tel. +39 06 8475.1 - FAX +39 06 8475223 - Sito Internet: www.sara.it - Indirizzo e-mail: info@sara.it - PEC: saraassicurazioni@sara.telecompost.it

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono dati inerenti l'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2021

- Patrimonio netto: euro **733.875.720,10**
- Capitale sociale: euro **54.675.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **679.200.720,10**

Le informazioni che seguono sono dati inerenti la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa (www.sara.it)

- Requisito patrimoniale di Solvibilità: euro **287.213.350,24**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **129.246.007,61**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **908.023.036,23**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **3,16 %** (tale indice rappresenta il rapporto tra Fondi Propri ammissibili ed il Requisito Patrimoniale di Solvibilità).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Interventi chirurgici e ricoveri	Valida per la Formula Platinum, Gold e Silver La Società in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, di intervento chirurgico anche in assenza di ricovero, di ricovero in day hospital senza intervento chirurgico resi necessari da malattia o da infortunio che risultino in garanzia a termini di polizza o in caso di malattia oncologica, provvede ad indennizzare le spese sostenute dall'assicurato in base alle condizioni previste in polizza. L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.
Parto naturale e cesareo	Valida per la Formula Platinum, Gold e Silver La Società in caso di parto, naturale o cesareo, che risulti in garanzia a termini di polizza, provvede all'indennizzo delle spese inerenti il parto in base alle condizioni previste in polizza. Sono inoltre prestate le garanzie cure bambini fino a due anni di età' e malattie rare bambini fino a due anni di età'. L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.
Visite specialistiche ed esami diagnostici	Valida per la Formula Platinum e Gold La Società in caso di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di polizza, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede all'indennizzo delle spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici sostenute dall'assicurato. L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.



Che cosa è assicurato?

Altre garanzie	<p>La Società, in aggiunta alle garanzie principali previste per le Formule Platinum, Gold, presta le seguenti garanzie: spese per accompagnatore, indennità di degenza sostitutiva, spese trapianto, acquisto protesi ortopediche ed acquisto o noleggio ausili medico chirurgici, estensione patologie pandemiche, Fisioterapia post infortunio, Rimborso per abbonamenti o corsi non goduti.</p> <p>Limitatamente alle sole Formule Platinum, Gold, sono previste in aggiunta ulteriori garanzie: Cure per bambini finì a due anni di età, e acquisto protesi ortopediche ed acquisto o noleggio ausili medico chirurgici.</p> <p>Infine, per la sola Formula Platinum, è operante anche la garanzia Recupero da tossicodipendenza ed alcolismo.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche	<p>In alternativa alla Formula Platinum, Gold e Silver, l'Assicurato può optare per la Formula "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche", con la quale la Società provvede all'indennizzo delle spese di cura sostenute a seguito di:</p> <p>intervento chirurgico, qualificabile come "Grande Intervento Chirurgico" e rientrante esclusivamente in un elenco indicato, effettuato in regime di ricovero o day hospital;</p> <p>ricoveri in istituti di cura con o senza intervento chirurgico, anche in day hospital o in day surgery, resi necessari da malattia oncologica.</p> <p>Sono inoltre previste altre garanzie sempre operanti: spese per accompagnatore, indennità di degenza sostitutiva, spese di trapianto. L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Indennità di degenza, convalescenza e gessatura	<p>La Società si obbliga a corrispondere un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura e di successiva convalescenza in conseguenza di infortunio, malattia o parto indennizzabili a termini di polizza.</p> <p>Inoltre, qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subisca l'applicazione di gessatura, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di gessatura di un'indennità giornaliera.</p> <p>Sono anche previste ulteriori garanzie sempre operanti: day hospital, ricovero del coniuge non assicurato, maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio che determini una invalidità permanente grave, indennità di degenza per donatore, indennità per accompagnatore.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Assistenza Persona	<p>Attraverso la Struttura Organizzativa Assistenza la Società fornisce le seguenti prestazioni: prelievo campioni al domicilio, invio medicinali od articoli sanitari al domicilio, assistenza pediatrica per il figlio assicurato, assistenza cardiologica al domicilio, trasporto in autoambulanza, autista per riportare il veicolo dell'assicurato alla città di residenza, informazioni cliniche sul paziente, trasmissione messaggi urgenti, trasferimento in centri specializzati, rimpatrio sanitario, viaggio di un familiare per raggiungere l'assicurato ricoverato, rimpatrio della salma, invio di somme di denaro per spese mediche all'estero, recapito medicinali all'estero, interprete all'estero e rientro dei figli minori. E' possibile anche estendere la copertura, acquistando il Pacchetto "Single", le seguenti garanzie: assistenza domiciliare, invio infermiere a domicilio, assistenza notturna in istituto di cura, spesa a domicilio e pagamento bollette in scadenza, Baby-sitter per minori di anni 15 o badante per persone anziane, Pensione per animali domestici.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Tutela Legale Persona	<p>Per ottenere il risarcimento di danni di natura contrattuale o extracontrattuale che abbiano determinato lesioni fisiche subite dall'assicurato in conseguenza di eventi derivanti da malpractice medica. La garanzia è estesa anche alle eventuali spese: del legale di controparte, in caso di transazione autorizzata dalla Società, quelle di soccombenza in caso di condanna dell'Assicurato, nonché le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di periti in genere.</p>
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP	
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP	



Che cosa NON è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



Ci sono limiti di copertura?

Interventi chirurgici, ricoveri e parto

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE PRESTATE : INTERVENTI CHIRURGICI, RICOVERI, DAY HOSPITAL

a) La Società in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, o di intervento chirurgico anche in assenza di ricovero, reso necessario da malattia o da infortunio che risultino in garanzia a termini di polizza, provvede ad indennizzare le seguenti spese inerenti al ricovero od all'intervento chirurgico (nei limiti espressamente previsti):

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante, attivo e necessario, all'intervento;
- apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, relativamente al periodo del ricovero;
- rette di degenza.

b) La Società provvede inoltre, nei casi di cui al precedente punto a), al rimborso delle spese, inerenti all'intervento chirurgico od al ricovero, sostenute dall'Assicurato (nei limiti espressamente previsti) per:

- nei 120 giorni precedenti all'intervento chirurgico od alla data di inizio del ricovero:

- esami diagnostici e visite specialistiche;
- trasporto in autoambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, per un costo massimo di € € 300 per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato ad € 6.000 se il trasporto avviene in eliambulanza (tale importo è Previsto solo per questa prestazione).

- nei 120 giorni successivi all'intervento chirurgico od alla data di termine del ricovero:

- fisioterapia e trattamenti rieducativi;
- cure termali (escluse spese alberghiere);
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche;
- esami diagnostici e visite specialistiche;
- medicinali.

c) In caso di ricovero in day hospital, senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, la polizza è operante unicamente per le spese relative agli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e le rette di degenza riguardanti il periodo di ricovero, nonché al rimborso delle spese di trasporto in autambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, regolate come da punto b) del presente articolo.

d) Sono compresi in copertura con le stesse garanzie e modalità di cui ai precedenti punti a) e b) gli interventi chirurgici per l'eliminazione di ernie purché indennizzabili a termini di polizza, con il limite massimo di indennizzo di € 10.000.

e) sono comprese in garanzia, con le stesse modalità di cui ai precedenti punti a) b) le cure dentarie o delle paradontopatie soltanto se conseguenti ad infortunio documentato, verificatosi successivamente alla stipula della polizza, con esclusione delle spese per protesi.

f) Sono comprese in garanzia, con le stesse modalità di cui ai precedenti punti a) e b) , le spese per chirurgia plastica e stomatologica ricostruttiva rese necessarie da infortunio documentato o da neoplasie maligne, indennizzabili a termini di polizza.

g) In caso di malattia oncologica l'impresa rimborsa entro il limite di € 15.000 per persona ed annualità assicurativa:

- le spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici che abbiano confermato la malattia oncologica, anche se non seguiti da ricovero;

-in presenza di ricovero, anche in day hospital , le spese per visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla malattia oncologica nei due anni successivi alla data di cessazione del primo ricovero relativo alla malattia stessa;

- in presenza di ricovero, le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione entro il sottolimito per anno assicurativo di € 6.000. Per i farmaci ad uso antitumorale, ove prescrivibili dal Servizio Sanitario Nazionale, verrà rimborsato l'eventuale ticket.

COME E' PRESTATO LA GARANZIA NELLA FORMULA PLATINUM

INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI EFFETTUATI NEI CENTRI CONVENZIONATI - La Società provvede al "pagamento diretto" al Centro Convenzionato delle spese previste all'articolo IR.2 - "Garanzie operanti" per la voce "Interventi chirurgici e ricoveri", lett. a) e c) ed al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lettera b).



Ci sono limiti di copertura?

Interventi chirurgici, ricoveri e parto

INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI EFFETTUATI IN ISTITUTI DI CURA PUBBLICI O PRIVATI NON CONVENZIONATI - La Società provvede al rimborso delle spese previste all'articolo IR.2 - "Garanzie operanti" per la voce "Interventi chirurgici e ricoveri" alla lettera a) e c) con applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo non indennizzabile di € 1.500 ed un massimo non indennizzabile di € 5.000 ed al rimborso delle spese previste alla lett. b).

INTERVENTI CHIRURGICI IN CENTRO CONVENZIONATO CON MEDICI DI FIDUCIA DELL'ASSICURATO, NON CONVENZIONATI - Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desidera utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) all'articolo IR.2 - "Garanzie operanti" per la voce "Interventi chirurgici e ricoveri" nei seguenti termini:

- pagherà direttamente le spese del Centro Convenzionato ed a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia con applicazione di uno scoperto del 10% e con il massimo non indennizzabile di € 5.000;

- "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

COME E' PRESTATO LA GARANZIA NELLA FORMULA GOLD

INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI EFFETTUATI NEI CENTRI CONVENZIONATI - La Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo IR.2 - "Garanzie operanti" per la voce "Interventi chirurgici e ricoveri", previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.000 ed al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

INTERVENTI CHIRURGICI ED I RICOVERI EFFETTUATI IN ISTITUTI DI CURA PUBBLICI O PRIVATI NON CONVENZIONATI -La Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo IR.2 - "Garanzie operanti" per la voce "Interventi chirurgici e ricoveri", con applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 2.500 ed un massimo non indennizzabile di € 5.000 ed al rimborso delle spese previste alla lett. b).

INTERVENTI IN CENTRO CONVENZIONATO CON MEDICI DI FIDUCIA DELL'ASSICURATO, NON CONVENZIONATI - Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desidera utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo IR.2 - "Garanzie operanti" per la voce "Interventi chirurgici e ricoveri", nei seguenti termini:

- la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.000 ed a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia con applicazione di uno scoperto del 20% e con il massimo non indennizzabile di € 5.000.

- la Società provvede al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) dell'articolo IR.2 - "Garanzie operanti" per la voce "Interventi chirurgici e ricoveri", fossero già stati indennizzati a termini della garanzia "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

COME E' PRESTATO LA GARANZIA NELLA FORMULA SILVER

A - INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI EFFETTUATI NEI CENTRI CONVENZIONATI - La Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo IR.2 - "Garanzie operanti" per la voce "Interventi chirurgici e ricoveri" previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500 ed al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

B - INTERVENTI CHIRURGICI ED I RICOVERI EFFETTUATI IN ISTITUTI DI CURA PUBBLICI O PRIVATI NON CONVENZIONATI - La Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo IR.2 - "Garanzie operanti" per la voce "Interventi chirurgici e ricoveri", con applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 2.500 ed un massimo non indennizzabile di € 5.000 ed al rimborso delle spese previste alla lett. b).

C- INTERVENTI CHIRURGICI IN CENTRO CONVENZIONATO CON MEDICI DI FIDUCIA DELL'ASSICURATO, NON CONVENZIONATI - Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desidera utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo IR.2 - "Garanzie operanti" per la voce "Interventi chirurgici e ricoveri" nei seguenti termini:

- la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500 ed a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia con applicazione di uno scoperto del 20% e con il massimo non indennizzabile di € 5.000.

- la Società provvede al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).



Ci sono limiti di copertura?

Interventi chirurgici, ricoveri e parto

TABELLA RIEPILOGATIVA INTERVENTI CHIRURGICI, RICOVERI, DAY HOSPITAL			
FOMULA	CENTRO CONVENZIONATO	CENTRO NON CONVENZIONATO	CENTRO CONVENZIONATO EQUIPE MEDICA NON CONVENZIONATA
PLATINUM	Pres a in carico prestazione	Rimborso con scoperto 10%, minimo non indennizzabile euro 1.500 con il massimo di euro 5.000	Pres a in carico per le spese relative all'Istituto di cura. Rimborso spese per Equipe con scoperto 10%, massimo euro 5.000
GOLD	Pres a in carico prestazione con franchigia euro 1.000	Rimborso con scoperto 20%, minimo non indennizzabile euro 2.500 con il massimo di euro 5.000	Pres a in carico per le spese relative all'Istituto di cura, con franchigia euro 1.000. Rimborso spese per Equipe con scoperto 20%, massimo euro 5.000
SILVER	Pres a in carico prestazione con franchigia euro 1.500	Rimborso con scoperto 20%, minimo non indennizzabile euro 2.500 con il massimo di euro 5.000	Pres a in carico per le spese relative all'Istituto di cura, con franchigia euro 1.000. Rimborso spese per Equipe con scoperto 20%, massimo euro 5.000

GARANZIE PRESTATE : PARTO NATURALE O CESAREO

a) La Società in caso di parto, naturale o cesareo, che risulti in garanzia a termini di polizza, provvede all'indennizzo delle seguenti spese inerenti il parto (nei limiti espressamente previsti):

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante, attivo e necessario, all'intervento -assistenza medica ed infermieristica, medicinali ed esami relativamente al periodo del ricovero;
- rette di degenza
- le spese di baby room , neonatologo ed incubatrice, nel periodo di permanenza del neonato nell'istituto di cura, successivamente al parto
- esami clinici e strumentali ritenuti necessari dai medici per il neonato, nel periodo di permanenza nell'istituto di cura, successivamente al part

b) La Società provvede inoltre, nei casi previsti al precedente punto a), al rimborso delle spese, relative al parto, sostenute dall'Assicurata (nei limiti espressamente previsti):

- nei 120 giorni precedenti all'intervento chirurgico od alla data di inizio del ricovero:
 - esami diagnostici e visite specialistiche (con il limite di 3 visite specialistiche e 3 ecografie)
 - trasporto in autoambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, per un costo massimo di € € 300 per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato ad € 6.000 se il trasporto avviene in eliambulanza
- nei 120 giorni successivi all'intervento chirurgico od alla data di termine del ricovero:
 - esami diagnostici e visite specialistiche
 - prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, medicinali

COME E' PRESTATO LA GARANZIA NELLA FORMULA PLATINUM

PARTO EFFETTUATO NEI CENTRI CONVENZIONATI - La Società provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato delle spese previste alla lettera a) dell'articolo IR.2.2 "Parto naturale o cesareo" entro il limite massimo di € 9.500 per il parto naturale e di € 11.000 per il parto cesareo.

Per le spese previste alla lettera b) delle 'Garanzie prestate', la Società provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato entro il limite massimo per sinistro di € 2.000.

PARTO EFFETTUATO IN ISTITUTI DI CURA PUBBLICI O PRIVATI NON CONVENZIONATI - La Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese, previste alla lettera a) dell'articolo IR.2.2 "Parto naturale o cesareo" , entro il limite massimo di € 8.400 per parto naturale e di € 9.800 per parto cesareo. Per le spese previste alla lettera b) delle 'Garanzie prestate' la Società provvede al rimborso all'Assicurata entro il limite massimo per sinistro di € 2.000.

PARTO IN CENTRO CONVENZIONATO CON MEDICI DI FIDUCIA DELL'ASSICURATO, NON CONVENZIONATI - Qualora, nei casi previsti nelle 'Garanzie prestate', l'Assicurato desidera utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato e l'Assicurato deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro il limite massimo per le equipe mediche di € 4.200 per parto naturale e di € 6.600 per parto cesareo.



Ci sono limiti di copertura?

Interventi chirurgici, ricoveri e parto

Il massimo indennizzo non potrà essere superiore al limite di € 9.500 per il parto naturale ed € 11.000 per il parto cesareo.

Per le spese previste alla lettera b) dell'articolo IR.2.2 "Parto naturale o cesareo", la Società provvede al rimborso entro il limite massimo per sinistro di € 2.000.

COME E' PRESTATO LA GARANZIA NELLA FORMULA GOLD

PARTO EFFETTUATO NEI CENTRI CONVENZIONATI - La Società provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato delle spese previste alla lettera a) dell'articolo IR.2.2 "Parto naturale o cesareo" previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.000 entro il limite massimo di € 9.500 per il parto naturale e di € 11.000 per il parto cesareo. Per le spese previste alla lettera b) delle Garanzie prestate' la Società provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato entro il limite massimo per sinistro di € 2.000 .

PARTO EFFETTUATO IN ISTITUTI DI CURA PUBBLICI O PRIVATI NON CONVENZIONATI - la Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese, previste alla lettera a) dell'articolo IR.2.2 "Parto naturale o cesareo", entro il limite massimo di € 8.400 per parto naturale e di € 9.800 per parto cesareo. In questo caso il rimborso verrà effettuato con applicazione di una franchigia fissa di € 1.000. Per le spese previste alla lettera b) dell'articolo IR.2.2 "Parto naturale o cesareo" la Società provvede al rimborso all'Assicurata entro il limite massimo per sinistro. di € 2.000.

PARTO IN CENTRO CONVENZIONATO CON MEDICI DI FIDUCIA DELL'ASSICURATO, NON CONVENZIONATI - Qualora, nei casi previsti dalle Condizioni di polizza, l'Assicurata desideri utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.000 e l'Assicurato deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro il limite massimo per le equipe mediche di € 4.200 per parto naturale e di € 6.600 per parto cesareo. Il massimo indennizzo non potrà essere superiore al limite di € 9.500 per il parto naturale ed € 11.000 per il parto cesareo. Per le spese previste alla lettera b) dell'articolo IR.2.2 "Parto naturale o cesareo", la Società provvede al rimborso entro il limite massimo per sinistro di € 2.000.

COME E' PRESTATO LA GARANZIA NELLA FORMULA SILVER

PARTO EFFETTUATO NEI CENTRI CONVENZIONATI O NON CONVENZIONATI - La Società provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato o al rimborso all'Assicurato delle spese previste dall'articolo IR.2.2 "Parto naturale o cesareo" alla lettera a) previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500 ed entro il limite massimo di € 8.400 per parto naturale e di € 9.800 per parto cesareo. Per le spese previste alla lettera b) dell'articolo IR.2.2 "Parto naturale o cesareo" a Società provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato nel limite massimo per sinistro di € 2.000

PARTO IN CENTRO CONVENZIONATO CON MEDICI DI FIDUCIA DELL'ASSICURATO, NON CONVENZIONATI - Qualora, nei casi previsti nelle Garanzie prestate' , l'Assicurato desideri utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500 e l'Assicurata deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro il limite massimo per le equipe mediche di € 4.200 per parto naturale e di € 6.600 per parto cesareo. Il massimo indennizzo non potrà essere superiore al limite di € 8.400 per il parto naturale ed € 9.800 per il parto cesareo. Per le spese previste alla lettera b) dell'articolo IR.2.2 "Parto naturale o cesareo" , la Società provvede al rimborso entro il limite massimo per sinistro di € 2.000.



Ci sono limiti di copertura?

Interventi chirurgici, ricoveri e parto

Tabella riepilogativa parto naturale e cesareo			
FOMULA	CENTRO CONVENZIONATO	CENTRO NON CONVENZIONATO	CENTRO CONVENZIONATO EQUIPE MEDICA NON CONVENZIONATA
PLATINUM	Presa in carico fino ad euro 9.500 per il parto naturale, 11.000 per il parte cesareo. Rimborso spese pre e post, massimo euro 2.000	Rimborso fino ad euro 8.400 per il parto naturale, 9.800 per il parte cesareo. Rimborso spese pre e post, massimo euro 2.000	Presa in carico per le spese relative all'Istituto di cura. Rimborso spese per Equipe fino ad euro 4.200 per parto naturale, 6.600 per parto cesareo. Indennizzo massimo complessivo fino a 9.500 per il parto naturale, 11.000 per il parto cesareo. Rimborso spese pre e post, massimo euro 2.000
GOLD	Presa in carico fino ad euro 9.500 per il parto naturale, 11.000 per il parte cesareo, con applicazione franchigia di euro 1.000. Rimborso spese pre e post, massimo euro 2.000	Rimborso fino ad euro 8.400 per il parto naturale, 9.800 per il parte cesareo, con applicazione franchigia di euro 1.000. Rimborso spese pre e post, massimo euro 2.000	Presa in carico per le spese relative all'Istituto di cura. Rimborso spese per Equipe fino ad euro 4.200 per parto naturale, 6.600 per parto cesareo, con applicazione di franchigia di euro 1.000. Indennizzo massimo complessivo fino a 9.500 per il parto naturale, 11.000 per il parto cesareo. Rimborso spese pre e post, massimo euro 2.000
SILVER	Presa in carico fino ad euro 8.400 per il parto naturale, 9.800 per il parte cesareo, con applicazione franchigia di euro 1.500. Rimborso spese pre e post, massimo euro 2.000	Rimborso fino ad euro 8.400 per il parto naturale, 9.800 per il parte cesareo, con applicazione franchigia di euro 1.500. Rimborso spese pre e post, massimo euro 2.000	Presa in carico per le spese relative all'Istituto di cura con franchigia di euro 1.500. Rimborso spese per Equipe fino ad euro 4.200 per parto naturale, 6.600 per parto cesareo. Indennizzo massimo complessivo fino a 8.400 per il parto naturale, 9.800 per il parto cesareo. Rimborso spese pre e post, massimo euro 2.000

ALTRE GARANZIE SEMPRE OPERANTI (VALIDE PER TUTTE LE FORMULE)

MALATTIE RARE BAMBINI FINO A DUE ANNI DI ETÀ:

TRASFERIMENTO IN CENTRI SPECIALIZZATI (questa garanzia è operante se è operante la garanzia Assistenza per la madre)

Per ogni annualità assicurativa la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione ed attivazione del servizio, le spese di trasporto e gli onorari del personale medico e /o infermieristico di accompagnamento, fino ad un importo globale massimo di € 5000 per annualità assicurativa.

INTERPRETE ALL'ESTERO (questa garanzia è operante se è operante la garanzia Assistenza per la madre) - Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 500 per annualità assicurativa

RIMBORSO SPESE PER "SECONDO PARERE" MEDICO - Qualora i genitori del neonato affetto da una malattia rara, desiderino ottenere un secondo parere medico qualificato (presso ospedali, centri di ricerca, professionisti), la Società provvede al rimborso, fino ad un massimo di € 1.000, delle spese sostenute per:

- adeguare i documenti medici ed equiparare i differenti parametri diagnostici ai protocolli dell'Istituzione medico-scientifica da interpellare;
- tradurli secondo le richieste dell'Istituzione medico-scientifica prescelta; trasmetterli all'Istituzione medico-scientifica. Sono inclusi i costi della prestazione fornita dall'Istituzione medico-scientifica. Sono escluse tutte le altre spese al di fuori di quelle sopra indicate. Tale prestazione non è ripetibile e verrà prestata "una tantum" (una sola volta).

SPESE PER ACCOMPAGNATORE - In caso di ricovero dell'Assicurato, presso un Istituto di cura pubblico o privato non convenzionato, causato da malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese sostenute per rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore con un sottolimito giornaliero di € 50, per un massimo di 30 giorni per ogni ricovero.

SPESE TRAPIANTO – E' previsto un limite del massimale per annualità assicurativa di € 5.000.



Ci sono limiti di copertura?

Interventi chirurgici, ricoveri e parto

INDENNITÀ DI DEGENZA SOSTITUTIVA – In sostituzione integrale del pagamento diretto o del rimborso delle spese previste ai precedenti articoli relativi agli “Interventi chirurgici e ricoveri”, “Parto naturale o cesareo”, “Spese per accompagnatore”, “Spese trapianto”, può essere richiesto il pagamento di un’indennità giornaliera di € 100 per ogni giorno di ricovero, per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa. L’indennità, dovuta a termini di quanto precede, spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati. La Società, a termini di quanto precede e negli stessi limiti, corrisponde l’indennità su detta anche in caso di ricovero in “day hospital”.

ESTENSIONE PATOLOGIE PANDEMICHE - nel caso in cui venisse disposta dalle Autorità sanitarie l’isolamento domiciliare obbligatorio dell’Assicurato, con conclamata positività a patologia pandemica, tale isolamento verrà equiparato alla degenza in Istituto di cura, per massimo 20 giorni per sinistro e per annualità assicurativa.

Qualora l’Assicurato, subisca un ricovero presso un Istituto di cura dovuto a patologia pandemica e tale ricovero avvenga in regime di terapia intensiva, verrà corrisposta all’Assicurato, successivamente alla dimissione dall’Istituto di cura, una indennità forfetaria, a titolo di una tantum, per convalescenza pari ad € 2.000.

FISIOTERAPIA POST INFORTUNIO

La Società provvede al rimborso delle spese per la fisioterapia successiva, e sostenute nei 120 giorni successivi alla rimozione della gessatura, entro l’importo massimo per annualità assicurativa di € 1.500.

L’indennizzo verrà corrisposto con l’applicazione di uno scoperto del 10%, con un minimo non indennizzabile di euro 100.

RIMBORSO PER ABBONAMENTI O CORSI NON GODUTI

La Società indennizza fino ad un massimo di euro 500.

ALTRE GARANZIE SEMPRE OPERANTI (VALIDE PER FORMULA PLATINUM E GOLD)

VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI

COME E' PRESTATO LA GARANZIA NELLA FORMULA PLATINUM

La Società, nei limiti della somma assicurata annua di € 2.500, provvede:

- al pagamento diretto delle spese per visite mediche specialistiche effettuate dall’Assicurato presso i Centri Convenzionati, utilizzando medici specialisti convenzionati. Le visite mediche specialistiche devono essere prese in carico tramite la Struttura Organizzativa Salute.

- qualora l’Assicurato per l’effettuazione delle visite specialistiche ricorra al S.S.N., la Società provvede, dietro presentazione dell’originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese per ticket delle visite specialistiche effettuate.

- qualora l’Assicurato per l’effettuazione delle visite specialistiche ricorra invece a medici specialisti e/o Centri non convenzionati con la Società, questa provvede al rimborso della fattura al netto di una franchigia fissa di € 50 per singola fattura, con le modalità e nei termini previsti dalle Condizioni di polizza. La modalità di indennizzo a rimborso non potrà superare il 50% della somma assicurata indicata al presente articolo.

ESAMI DIAGNOSTICI

La Società, nei limiti della somma assicurata annua di € 2.500, provvede:

1 - al pagamento diretto delle spese per esami diagnostici effettuati dall’Assicurato presso i Centri convenzionati, utilizzando medici specialisti convenzionati. Gli esami diagnostici devono essere presi in carico tramite la Struttura Organizzativa Salute.

2 - Qualora l’Assicurato per l’effettuazione degli esami diagnostici ricorra al S.S.N., la Società provvede, dietro presentazione dell’originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese per ticket degli esami effettuati.

3 - Qualora l’Assicurato per l’effettuazione degli esami diagnostici ricorra invece a medici specialisti e/o Centri non convenzionati con la Società, questa provvede al rimborso della fattura al netto dello scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 50 per singola fattura, con le modalità e nei termini espressamente previsti dalle Condizioni di polizza.

La modalità di indennizzo a rimborso non potrà superare il 50% della somma assicurata indicata al presente articolo.



Ci sono limiti di copertura?

Interventi chirurgici, ricoveri e parto

COME E' PRESTATO LA GARANZIA NELLA FORMULA GOLD

La Società, nei limiti della somma assicurata annua di € 3.000, provvede:

1 - al pagamento diretto ai Centri convenzionati delle spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici effettuati dall'Assicurato utilizzando medici specialisti convenzionati. Le visite specialistiche e gli esami diagnostici devono essere presi in carico tramite la Struttura Organizzativa Salute.

2 - Qualora l'Assicurato per l'effettuazione delle visite specialistiche e degli esami diagnostici ricorra al S.S.N., la Società provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese per ticket.

3 - Qualora l'assicurato per l'effettuazione delle visite specialistiche o degli esami diagnostici ricorra invece a medici specialisti e/o Centri non convenzionati con la Società, questa provvede al rimborso della fattura per l'esame diagnostico al netto di una dello scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 50 e al rimborso della fattura per la visita specialistica al netto di una franchigia fissa di € 50. Il rimborso avverrà con le modalità e nei termini espressamente previsti dalle Condizioni di polizza. La modalità di indennizzo a rimborso non potrà superare il 50% della somma assicurata indicata al presente articolo.

INDENNIZZO FORFETTARIO "UNA TANTUM"

La Società provvede a corrispondere una prestazione forfettaria "una tantum" in forma capitale di € 10.000. La garanzia prevista al presente articolo cessa al compimento del secondo anno del bambino.

ACQUISTO PROTESI ORTOPEDICHE ED ACQUISTO O NOLEGGIO AUSILI MEDICO CHIRURGICI

La Società riconosce un indennizzo fino alla concorrenza di un importo massimo pari ad € 2.500 per annualità assicurativa.

ALTRE GARANZIE SEMPRE OPERANTI (VALIDE SOLO PER LA FORMULA PLATINUM)

RECUPERO DA TOSSICODIPENDENZA ED ALCOLISMO

La Società si impegna a corrispondere un indennizzo forfettario, "una tantum", pari ad € 2.500.

SOMME ASSICURATE

La somma assicurata rappresenta per la Società il limite massimo di esposizione a cui essa e' tenuta in relazione ad ogni singola persona assicurata e per annualità assicurativa.

E' prevista una somma assicurata massima in caso di ricorso a strutture sanitarie convenzionate, diversa in base alla Formula di copertura prescelta. La stessa è altrettanto diversamente sottolimitata in caso di ricorso a Centri non convenzionati.

Formule Centri	Platinum	Gold	Silver
Convenzionati	€ 1.000.000	€ 500.000	€ 300.000
Non convenzionati (Somma assicurata sottolimitata a)	€ 500.000	€ 300.000	€ 200.000

ESCLUSIONI E RIVALSE

RISCHI ESCLUSI (COMUNI A TUTTE LE FORMULE)

L'assicurazione non e' operante nei casi di:

- conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, conosciuti e/o diagnosticati, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonche' per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- aborto volontario non terapeutico;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, nonché all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico



Ci sono limiti di copertura?

Interventi chirurgici, ricoveri e parto

- f) infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenza e negligenza, anche gravi dell'assicurato stesso);
- g) suicidio e tentato suicidio;
- h) infortuni derivanti:
- dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura)
 - dalla lotta nelle sue varie forme
 - dalle arti marziali
 - dalla speleologia
 - dall'alpinismo
 - dallo sci estremo
 - dalle immersioni subacquee con autorespiratore
- i) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- l) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- m) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza);
- n) cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- o) le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere;
- p) ricoveri allo scopo di effettuare checkup clinici salvo quanto previsto in merito alla voce "Medicina Preventiva";
- q) le cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatisi successivamente alla stipulazione del contratto, sono escluse in ogni caso le protesi dentarie;
- r) malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della Polizza;
- s) ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- t) conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- u) conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

ESTENSIONE PATOLOGIE PANDEMICHE – Ferme le esclusioni suindicate, per tale estensione non si intende operante nei casi di patologie ed infezioni diverse da quelle pandemiche, nonché nei casi in cui:

- lo stato patologico pandemico fosse già conosciuto e/o diagnosticato al momento della stipulazione del presente contratto;
- lo stato patologico pandemico fosse già presente al momento della stipula del presente contratto (anche in forma asintomatica);
- al momento della stipula del presente contratto fosse già stata prevista per il soggetto l'isolamento domiciliare obbligatorio;
- la patologia pandemica rappresenti malattia professionale, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni.

RIMBORSO SPESE PER "SECONDO PARERE" MEDICO

Sono escluse tutte le altre spese al di fuori di quelle sopra indicate. Tale prestazione non è ripetibile e verrà prestata "una tantum" (una sola volta).

TRASFERIMENTO IN CENTRI SPECIALIZZATI

Non danno luogo alle prestazioni le terapie riabilitative e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI - Sono escluse le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.



Ci sono limiti di copertura?

Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E MALATTIE ONCOLOGICHE

La somma assicurata è pari a:

- € 1.000.000 in caso di utilizzo di Centri convenzionati;
- € 500.000 in caso di utilizzo di Centri non convenzionati.

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E MALATTIE ONCOLOGICHE – RIMBORSO SPESE NEI 120 GIORNI PRECEDENTI – TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

E' previsto un limite di indennizzo massimo pari a € 300,00 per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato ad € 6.000 se il trasporto avviene in eliambulanza.

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI O RICOVERI/INTERVENTI CHIRURGICI PER MALATTIA ONCOLOGICA EFFETTUATI IN ISTITUTI DI CURA PUBBLICI O PRIVATI NON CONVENZIONATI

La Società provvede al rimborso delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo GI.2 - "Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche" con applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo non indennizzabile di € 1.500,00 ed un massimo non indennizzabile di € 5.000,00 ed al rimborso delle spese previste alla lett. b).

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI O RICOVERI/INTERVENTI CHIRURGICI PER MALATTIA ONCOLOGICA EFFETTUATI IN CENTRO CONVENZIONATO CON MEDICI DI FIDUCIA DELL'ASSICURATO NON CONVENZIONATI

Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desidera utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo GI.2 - "Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche" nei seguenti termini: la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato, ed a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia con applicazione di uno scoperto del 10% e con il massimo non indennizzabile di € 5.000.

MALATTIA ONCOLOGICA

In caso di malattia oncologica, la Società rimborsa entro il limite di € 15.000 per persona ed annualità assicurativa:

- le spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici che abbiano confermato la malattia oncologica, anche se non seguiti da ricovero;
- in presenza di ricovero, anche in day hospital, le spese per visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla malattia oncologica nei due anni successivi alla data di cessazione del primo ricovero relativo alla malattia stessa;
- in presenza di ricovero, le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione entro il sottolimito per anno assicurativo di € 6.000,00.

GARANZIE AGGIUNTIVE SEMPRE OPERANTI SPESE PER ACCOMPAGNATORE

In caso di ricovero dell'Assicurato, presso un Istituto di cura pubblico o privato non convenzionato, causato da malattia, infortunio, indennizzabili a termini della presente Sezione, la Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese sostenute per rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore con un sottolimito giornaliero di € 50,00, per un massimo di 30 giorni per ogni ricovero.

SPESE DI TRAPIANTO

In caso di trapianto di organi o parte di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, è previsto un limite del massimale per annualità assicurativa di € 5.000.

INDENNITA' DI DEGENZA SOSTITUTIVA

E' previsto il pagamento di un'indennità giornaliera di € 100 per ogni giorno di ricovero, per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa.

L'indennità, dovuta a termini di quanto precede, spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati.

La Società, a termini di quanto precede e negli stessi limiti, corrisponde l'indennità suddetta anche in caso di ricovero in "day hospital".



Ci sono limiti di copertura?

Grandi interventi e malattie oncologiche	<p><u>ESCLUSIONI E RIVALSE</u></p> <p>RISCHI ESCLUSI</p> <p>L'assicurazione non e' operante nei casi di:</p> <p>a) conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, conosciuti e/o diagnosticati, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonche' per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);</p> <p>b) aborto volontario non terapeutico;</p> <p>c) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;</p> <p>d) prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicitanze;</p> <p>e) infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, nonché all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;</p> <p>f) infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);</p> <p>g) suicidio e tentato suicidio;</p> <p>h) infortuni derivanti:</p> <ul style="list-style-type: none">- dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura)- dalla lotta nelle sue varie forme- dalle arti marziali- dalla speleologia- dall'alpinismo- dallo sci estremo- dalle immersioni subacquee con autorespiratore <p>i) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonche' terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;</p> <p>l) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;</p> <p>m) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza);</p> <p>n) cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;</p> <p>o) le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere;</p> <p>p) ricoveri allo scopo di effettuare checkup clinici salvo quanto previsto in merito alla voce "Medicina Preventiva";</p> <p>q) le cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatisi successivamente alla stipulazione del contratto, sono escluse in ogni caso le protesi dentarie;</p> <p>r) malattie professionali, come definire dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della Polizza;</p> <p>s) ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;</p> <p>t) conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;</p> <p>u) conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.</p>
Indennità di degenza, convalescenza e gessatura	<p><u>MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI</u></p> <p>INDENNITÀ DI DEGENZA, CONVALESCENZA E GESSATURA</p> <p>Qualora l'Assicurato debba essere ricoverato in Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di ricovero, di un'indennità giornaliera determinata come da "Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura" (Formula 25, 50, 100) Silver, Gold o Platinum) sotto riportata per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa.</p> <p>Per ricoveri determinati da terapie oncologiche la durata massima è di 30 giorni per annualità assicurativa.</p>



Ci sono limiti di copertura?

Indennità di degenza, convalida e gessatura

Tabella Indennità di degenza, convalida e gessatura			
Giorni di ricovero consecutivi	Formula 25	Formula 50	Formula 100
Fino a 11	25 €	50 €	100 €
Da 12 a 20	40 €	80 €	160 €
Da 21 a 44	50 €	100€	200 €
Da 45 a 180	75 €	150 €	300 €
Gessatura	25 €	50 €	100 €

L'indennità dovuta a termini di quanto precede spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati.

Per la convalida successiva a ricovero dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera pari al 50% dell'importo assicurato per la degenza. La durata della convalida è convenzionalmente prefissata in un numero di giorni pari ad una volta e mezzo quella del ricovero, per una durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa.

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subisca l'applicazione di gessatura, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di gessatura di un'indennità giornaliera pari all'importo indicato nella "Tabella indennità di degenza, convalida e gessatura" suindicata.

L'indennità dovuta a termini di quanto precede, spetta dal giorno stesso di applicazione della gessatura, se non vi è stato ricovero, o dal giorno di dimissione dall'Istituto di cura, se vi è stato ricovero, per un massimo di 40 giorni per annualità assicurativa.

L'indennità di gessatura, se coesistente con l'indennità di convalida, la assorbe finché coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire l'importo maggiore.

In caso di frattura radiologicamente diagnosticata, per la quale non sia prevista l'applicazione di gessatura (vedi definizioni) ma che determini per l'assicurato la necessità, certificata da documentazione medica, di immobilizzazione a letto, la Società provvede al pagamento dell'indennità di gessatura pattuita, per una durata prefissata di giorni venti. Relativamente alla frattura di coste (o costole) è necessario, per l'applicazione del presente disposto, che la frattura sia relativa ad almeno due coste (o costole).

DAY HOSPITAL - La Società corrisponde un'indennità anche in caso di day hospital, in misura del 50% dell'importo assicurato per la sola degenza, per un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa.

RICOVERO DEL CONIUGE NON ASSICURATO

In caso di ricovero contestuale, determinato dallo stesso evento, dell'Assicurato e del coniuge non assicurato, causato da malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, la cui durata sia uguale o superiore a 10 giorni consecutivi, la Società corrisponderà anche al coniuge non assicurato un'indennità di degenza per ogni giorno di ricovero di importo pari a quella dell'Assicurato, per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa.

MAGGIORAZIONE DELL'INDENNITÀ DI DEGENZA IN CASO DI INFORTUNIO CHE DETERMINI UNA INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE

In caso di ricovero causato da infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini una invalidità permanente superiore al 66% (secondo i criteri di cui all'Allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n° 1124 T.U.), la Società corrisponderà una maggiorazione del 100% sugli importi assicurati per Indennità di degenza per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa. La maggiorazione verrà corrisposta sulla sola Indennità di degenza.

INDENNITÀ DI DEGENZA PER DONATORE

La Società provvede al pagamento all'Assicurato per ogni giorno di ricovero, di un'indennità determinata nella garanzia Indennità di degenza, convalida e gessatura'.

INDENNITÀ PER ACCOMPAGNATORE

La Società provvede al rimborso delle spese per vitto e pernottamento di un accompagnatore, presso l'Istituto di cura, entro l'importo giornaliero di € 50, per un massimo di 30 giorni per ricovero.

ESCLUSIONI E RIVALSE

ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, conosciuti e/o diagnosticati, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per



Ci sono limiti di copertura?

Indennità di degenza, convalescenza e gessatura	<p>la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);</p> <p>b) aborto volontario non terapeutico;</p> <p>c) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;</p> <p>d) prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;</p> <p>e) infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, nonché all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;</p> <p>f) infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);</p> <p>g) suicidio e tentato suicidio;</p> <p>h) infortuni derivanti:</p> <ul style="list-style-type: none">- dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura)- dalla lotta nelle sue varie forme- dalle arti marziali- dalla speleologia- dall'alpinismo- dallo sci estremo- dalle immersioni subacquee con autorespiratore <p>i) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;</p> <p>l) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;</p> <p>m) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza);</p> <p>n) cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;</p> <p>o) le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere;</p> <p>p) ricoveri allo scopo di effettuare checkup clinici salvo quanto previsto in merito alla voce "Medicina Preventiva";</p> <p>q) le cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatisi successivamente alla stipulazione del contratto, sono escluse in ogni caso le protesi dentarie;</p> <p>r) malattie professionali, come definire dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della Polizza;</p> <p>s) ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;</p> <p>t) conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;</p> <p>u) conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.</p> <p>DAY HOSPITAL Per il ricovero in Day Hospital non è prevista la garanzia convalescenza.</p>
Assistenza Persona	<p><u>MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI</u></p> <p>PRELIEVO CAMPIONI AL DOMICILIO La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.</p> <p>INVIO MEDICINALI OD ARTICOLI SANITARI AL DOMICILIO La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.</p> <p>TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA La Società terrà a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari ad € 500 per annualità assicurativa.</p> <p>TRASFERIMENTO IN CENTRI SPECIALIZZATI Per ogni annualità assicurativa la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione ed attivazione del servizio, le spese di trasporto e gli onorari del personale medico e /o infermieristico di accompagnamento, fino ad un importo globale massimo di € 5.000 per annualità assicurativa.</p> <p>RIMPATRIO SANITARIO Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 5.000 per annualità assicurativa.</p>



Ci sono limiti di copertura?

Assistenza Persona

VIAGGIO DI UN FAMILIARE PER RAGGIUNGERE L'ASSICURATO RICOVERATO

Qualora a seguito di malattia od infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato che si trovi in viaggio, necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Struttura Organizzativa di Assistenza metterà a disposizione di un componente della famiglia un biglietto aereo di classe economica o ferroviario di prima classe di andata e ritorno per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato (la scelta del mezzo più opportuno è a discrezione della Struttura Organizzativa). La Società terrà a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 1.000 per annualità assicurativa. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, la Struttura Organizzativa di Assistenza, fino alla concorrenza di € 3.000 organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

INTERPRETE ALL'ESTERO

Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 500 per annualità assicurativa.

RIENTRO DEI FIGLI MINORI

La Società terrà a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 1.000 per annualità assicurativa.

ASSISTENZA DOMICILIARE

La Società provvederà alla chiamata un Ausiliare socio-assistenziale per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa.

Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

INVIO INFERMIERE A DOMICILIO

Società, provvederà all'invio di un infermiere al domicilio dell'Assicurato, per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa, per effettuare tali prestazioni.

Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

ASSISTENZA NOTTURNA IN ISTITUTO DI CURA

Per ogni anno di validità della copertura la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione e di attivazione del servizio, gli onorari del personale socio-assistenziale fino ad un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa.

Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

SPESA A DOMICILIO E PAGAMENTO BOLLETTE IN SCADENZA

La garanzia e' prestata per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa.

Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

BABY SITTER PER MINORI DI ANNI 15 O BADANTE PER PERSONE ANZIANE

La Società provvede al rimborso delle spese documentate per una baby sitter o infermiere/badante per un massimo di € 500 per anno assicurativo

PENSIONE PER ANIMALI DOMESTICI

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per la pensione per animali domestici di sua proprietà, per un periodo di tempo corrispondente a quello del ricovero, con il limite complessivo di € 25 al giorno e per un massimo di 60 giorni per anno assicurativo.

ESCLUSIONI E RIVALSE

Il diritto alle Prestazioni di Assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa di Assistenza al verificarsi del sinistro.

RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non e' operante nei casi di:

- a) conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, conosciuti e/o diagnosticati, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonche' per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- b) aborto volontario non terapeutico;
- c) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- d) prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- e) infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, nonché all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;



Ci sono limiti di copertura?

Assistenza Persona	<p>f) infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);</p> <p>g) suicidio e tentato suicidio;</p> <p>h) infortuni derivanti:</p> <ul style="list-style-type: none">· dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura)· dalla lotta nelle sue varie forme· dalle arti marziali· dalla speleologia· dall'alpinismo· dallo sci estremo· dalle immersioni subacquee con autorespiratore <p>i) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;</p> <p>l) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;</p> <p>m) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza);</p> <p>n) cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;</p> <p>o) le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere;</p> <p>p) ricoveri allo scopo di effettuare checkup clinici salvo quanto previsto in merito alla voce "Medicina Preventiva";</p> <p>q) le cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatesi successivamente alla stipulazione del contratto, sono escluse in ogni caso le protesi dentarie;</p> <p>r) malattie professionali, come definire dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della Polizza;</p> <p>s) ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;</p> <p>t) conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;</p> <p>u) conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.</p> <p>TRASFERIMENTO IN CENTRI SPECIALIZZATI Non danno luogo alle prestazioni le terapie riabilitative e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.</p> <p>RIMPATRIO SANITARIO Non danno luogo alle prestazioni le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Società possono essere curate sul posto e che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali od internazionali.</p> <p>VIAGGIO DI UN FAMILIARE PER RAGGIUNGERE L'ASSICURATO RICOVERATO Non sono previste le spese di soggiorno del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.</p> <p>RIMPATRIO DELLA SALMA Rimangono escluse le spese relative all'eventuale recupero della salma, alla cerimonia funebre ed all'inumazione.</p> <p>INVIO DI SOMME DI DENARO PER SPESE MEDICHE ALL'ESTERO La prestazione non è operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.</p> <p>RECAPITO MEDICINALI ALL'ESTERO Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.</p>
Tutela Legale Persona	<p><u>MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI</u></p> <p>MASSIMALE GARANZIA È previsto un massimale per sinistro pari ad euro 20.000.</p>



Ci sono limiti di copertura?

**Tutela Legale
Persona**

LIMITI DI COPERTURA

La presente garanzia viene prestata con il limite di 2 (due) casi insorti in ciascun anno assicurativo.

ESCLUSIONI E RIVALSE

ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia:

- a) il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- b) gli oneri fiscali (bollatura di documenti, spese di registrazione di sentenze e atti in genere, ecc.);
- c) le spese per controversie derivanti da fatti dolosi dell'Assicurato, salvo se diversamente disposto nelle singole condizioni speciali;
- d) le spese per controversie in materia penale, amministrativa, fiscale e tributaria;
- e) le spese per controversie di natura contrattuale nei confronti della Società;
- f) le spese di domiciliazione.

INSORGENZA DEL CASO ASSICURATIVO

Le garanzie sono operanti per i Sinistri determinati da fatti verificatisi durante i periodi di validità dell'Assicurazione e precisamente dalle ore 24 del giorno di decorrenza dell'Assicurazione e sempreché i sinistri siano stati denunciati entro 12 mesi dalla cessazione della polizza.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

**Cosa fare in caso
di sinistro?**

Denuncia di sinistro

La denuncia di sinistro, oltre alle modalità previste dalle condizioni contrattuali, può essere inoltrata accedendo all'Area Riservata presente sul sito www.Sara.it utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione. Resta esclusa da tale modalità la garanzia Assistenza laddove presente e sottoscritta.

- Sezione "Interventi chirurgici, ricoveri e parto" e Sezione "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche"

Le disposizioni che seguono valgono per tutte le garanzie previste dalla Sezione "Interventi chirurgici, ricoveri e parto" ad eccezione delle seguenti:

* Trasferimento in centri specializzati

* Interprete all'estero,

per le quali si intendono valide le previsioni nella Sezione Assistenza.

Nel caso in cui l'Assicurato intenda usufruire delle prestazioni dei Centri o dei medici specialisti convenzionati deve rivolgersi alla Struttura Organizzativa Salute suindicata: la telefonata è considerata denuncia di sinistro. Qualora sia impossibilitato a telefonare, l'Assicurato può scrivere all'Agenzia o alla Sede legale della Società. Qualora l'Assicurato non si avvalga della rete di strutture convenzionate con la Società, in caso di sinistro, l'Assicurato o chi per lui, deve darne comunicazione scritta all'Agenzia o alla Sede legale della Società.

La denuncia dovrà essere corredata da certificazione medica, conforme all'originale della cartella clinica completa.

In caso di infortunio, la denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

- Indennità di degenza, convalescenza, gessatura

Qualora l'Assicurato intenda richiedere un' indennità di degenza, convalescenza, gessatura o day hospital, deve darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Sede legale della Società, quanto prima possibile, fermi restando i termini di prescrizione previsti dall'art. 2952 c.c.

La denuncia dovrà essere corredata da certificazione medica.

In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari e produrre copia conforme all'originale della cartella clinica completa.

In caso di infortunio, la denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Tutta la documentazione necessaria deve essere inviata all'Agenzia dove è stata stipulata la polizza od alla Sede legale della Società.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del c.c.

Il pagamento dell'indennizzo per degenza convalescenza e day hospital verrà effettuato al termine del ricovero su presentazione della cartella clinica.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

- Assistenza Persona

Per ottenere una Prestazione di Assistenza rientrante tra quelle previste nella presente Sezione, l'Assicurato che si trovi in difficoltà durante il periodo di validità della Polizza, dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, dovrà prendere contatto con la Struttura Organizzativa di Assistenza, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, utilizzando uno dei seguenti numeri:

Numero verde: 800.095.095

Per chi chiama dall'estero: +39.02.66165538

Per fax: +39.02.66100944

L'Assicurato dovrà comunicare:

- il numero di Polizza;
- a Prestazione di Assistenza richiesta;
- il recapito telefonico;
- le proprie generalità complete;
- il luogo in cui si trova al momento della richiesta della Prestazione di Assistenza.

L'Assicurato è tenuto inoltre a fornire, a richiesta della Struttura Organizzativa di Assistenza, ogni documentazione comprovante il diritto alle Prestazioni di Assistenza oggetto della presente garanzia. Tutte le Prestazioni di Assistenza comunque devono essere autorizzate dalla Struttura Organizzativa pena la decadenza da ogni diritto.

Le spese conseguenti alle Prestazioni di Assistenza sono a carico di SARA, nei limiti fissati per ogni garanzia, dove espressamente indicato.

Negli altri casi sono a carico del Contraente e/o dell'Assicurato.

Negli altri casi sono a carico del Contraente e/o dell'Assicurato.

Ogni comunicazione scritta ed eventuale documentazione andranno inviate all'indirizzo suindicato della Struttura Organizzativa di Assistenza o, in alternativa, trasmesse tramite fax.

L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa di Assistenza che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Le Prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di indennizzo qualora l'Assicurato non si rivolgesse alla Struttura Organizzativa di Assistenza al momento del Sinistro. Viene fatta eccezione per il caso in cui l'Assicurato non potesse mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa di Assistenza per causa di forza maggiore (come ad esempio intervento di forze dell'ordine e/o di servizi pubblici di emergenza), che dovrà essere debitamente documentata (verbale o certificato di pronto soccorso).

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

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di Prestazioni di Assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto nella Polizza o dalla legge.

- Tutela Legale Persona

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Sede legale della Società, quanto prima possibile, fermi restando i termini di prescrizione previsti all'art. 2952 c.c.

Al ricevimento della denuncia di sinistro la Società, d'intesa con l'Assicurato, svolge anzitutto ogni attività idonea a realizzare una bonaria definizione della controversia.

In mancanza di tale definizione, oppure quando vi sia conflitto di interessi o disaccordo nella gestione del sinistro tra la Società e l'Assicurato, quest'ultimo per l'ulteriore tutela dei suoi interessi ha diritto di scegliere un legale di sua fiducia tra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove l'Assicurato ha il proprio domicilio o ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a conoscere della controversia, comunicandone il nominativo alla Società. La Società avvertirà l'Assicurato del suo diritto di scelta del legale.

La designazione del legale di cui al precedente comma dovrà essere comunque fatta quando sia necessaria una difesa penale. L'incarico professionale al legale indicato dall'Assicurato verrà conferito esclusivamente dalla Società e l'Assicurato rilascerà al suddetto legale la necessaria procura.

Assistenza diretta/in convenzione: nel caso in cui l'Assicurato intenda usufruire delle prestazioni dei Centri o dei medici specialisti convenzionati deve rivolgersi alla Struttura Organizzazione Salute.

Gestione da parte di altre imprese: per la liquidazione dei Sinistri relativi al ramo Assistenza la Compagnia si avvale della Struttura Organizzativa esterna di ACI GLOBAL S.p.A. (Struttura Organizzativa di Assistenza), mentre per quelli relativi al ramo Malattia la Compagnia si avvale della Struttura Organizzativa esterna di Blue Assistance S.p.A. (Struttura Organizzativa Salute)

Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 Codice Civile.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Obblighi dell'impresa	Dopo aver verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro sessanta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.



Quando e come devo pagare?

Premio	Qualora il pagamento avvenga con la modalità SEPA, in luogo della quietanza, tra la Società e il Contraente farà fede la documentazione contabile bancaria dell'addebito SDD, che attesterà l'avvenuto pagamento della rata di premio per il periodo da essa coperto, salvo buon fine dell'addebito medesimo. Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, assegno, bonifico bancario o per i pagamenti a mezzo SDD, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società. I pagamenti elettronici relativi ai premi assicurativi successivi al primo possono anche essere effettuati accedendo all'Area Riservata presente sul sito www.Sara.it utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione.
Rimborso	Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Assicurato può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato. La Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa la periodo di rischio non corso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere il contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il contratto non prevede il diritto del contraente di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione. Se invece il contratto è stato sottoscritto mediante tecnica di comunicazione a distanza, il Contraente potrà esercitare il diritto di recesso nei 14 (quattordici) giorni successivi alla sua conclusione, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 52 del Codice del Consumo. Il presente disposto non è applicabile per i contratti sottoscritti tramite le agenzie Sara Assicurazioni SpA. Il Contraente per esercitare il diritto di ripensamento deve inviare a Sara Assicurazioni, entro il suddetto termine, la comunicazione di ripensamento tramite una delle seguenti modalità: (i) invio di una e mail alla casella di posta elettronica certificata saraassicurazioni@sara.telecompost.it , oppure (ii) invio di raccomandata A/R indirizzata alla sede legale di Sara Assicurazioni (via Po, 20 - 00198 Roma) oppure inviata alla sede della propria agenzia di riferimento il cui indirizzo è reperibile anche sul sito www.sara.it . La comunicazione di recesso dovrà contenere gli elementi identificativi del contratto (contraente e n. di polizza). Il recesso avrà efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione con le modalità predette.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.



A chi è rivolto questo prodotto?

Chi vuole una copertura per le spese mediche in caso di infortunio o malattia.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari a € 367,07.

Per i contratti sottoscritti mediante tecnica di comunicazione a distanza, la quota parte percepita in media dall'intermediario è invece pari a € 183,54

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, un servizio assicurativo o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Sara Assicurazioni Spa - Direzione Affari Legali e Societari – Funzione Reclami- Via Po, 20 -00198 Roma – Italia - Fax 06.8475254 - e-mail: gest.reclami@sara.it. I reclami possono essere inoltrati anche compilando il form presente nella apposita sezione dedicata ai reclami nel sito della Compagnia www.sara.it . L'impresa dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni ovvero in caso di reclami non riguardanti il contratto, un servizio assicurativo o la gestione di un sinistro, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle assicurazioni (D.Lgs.209/2005) e delle relative norme di attuazione, potrà rivolgersi per iscritto all'IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma – fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353 - ivass@pec.ivass.it ; (sul sito www.ivass.it è reperibile un apposito modello) Il reclamo dovrà contenere: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	E' un istituto introdotto con il D.Lgs. n. 28/2010 e si differenzia dalla negoziazione perché è prevista la presenza, oltre che degli avvocati che rappresentano le parti, di un soggetto terzo, estraneo, e quindi imparziale, denominato mediatore. La mediazione si svolge davanti ad uno degli Organismi di mediazione scelto dalla parte richiedente, tra quelli sotto indicati, eventuali aggiornamenti verranno pubblicati sul sito (https://mediazione.giustizia.it/ROM/ALBOORGANISMIMEDIAZIONE.ASPX). Ogni controversia nascente o comunque collegata a questo Contratto dovrà, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010, se ed in quanto applicabile, preliminarmente essere oggetto di un tentativo di composizione che si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione di seguito indicati e di volta in volta scelto dalla parte richiedente. La sede del tentativo sarà quella principale o quella distaccata dell'Organismo prescelto. Si applicherà al tentativo il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto. La scelta da parte del contraente, o del beneficiario del contratto ovvero di Sara, di un Organismo di mediazione diverso da quelli indicati costituirà per l'altra parte giustificato motivo di mancata partecipazione al tentativo di composizione. Sara potrà integrare l'elenco sotto riportato di organismi di mediazione mediante pubblicazione in forma telematica di elenchi aggiornati sul sito internet www.sara.it . Elenco degli organismi di mediazione: 1) Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane (www.camcom.gov.it) 2) ADR Center (www.adrcenter.com) 3) IFOAP Concilia (www.ifoapconcilia.it)
Negoziazione assistita	La negoziazione assistita è un istituto introdotto con il D.L. n. 132/2014 e consiste in una procedura condotta dagli avvocati nominati dalle parti che si incontrano con il fine di cercare una soluzione bonaria alla controversia insorta con la Compagnia. Può essere sempre utilizzata in via facoltativa, anche al di fuori dei casi in cui la legge la prevede come procedura obbligatoria, prima di ricorrere in giudizio.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internalmarket/finservicesretail/finnet/index.en.htm Arbitrato: Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

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.

Contratto di assicurazione per la tutela della salute

SaraCheckUp

Condizioni di Assicurazione
Modello: CA50IM Edizione: 05/2022

Contratto redatto secondo le Linee guida di Ania "Contratti semplici e chiari" del 06/02/2018

INDICE

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI ASSISTENZA	3
LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA SALUTE	3
PRESTAZIONI CONNESSE A GARANZIE SALUTE	4
CONSIGLI MEDICI TELEFONICI	4
VIDEO CONSULTO CON MEDICO GENERICO	4
VIDEO CONSULTO CON MEDICO SPECIALISTA	4
CONSEGNA FARMACI	4
TELEASSISTENZA	5
GLOSSARIO	6
MEDICINA PREVENTIVA	8
NC - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	9
IR - SEZIONE INTERVENTI CHIRURGICI, RICOVERI E PARTO	12
Che cosa posso assicurare	12
Contro quali danni posso assicurarmi	12
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	15
Schede riepilogative	23
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	25
GI - SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E MALATTIE ONCOLOGICHE	29
Che cosa posso assicurare	29
Contro quali danni posso assicurarmi	29
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	30
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	32
DC - SEZIONE INDENNITA' DI DEGENZA, CONVALESCENZA E GESSATURA	33
Che cosa posso assicurare	33
Contro quali danni posso assicurarmi	33
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	34
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	34
AS - SEZIONE ASSISTENZA PERSONA	35
Che cosa posso assicurare	35
Contro quali danni posso assicurarmi	35
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	37
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	39
TL - SEZIONE TUTELA LEGALE PERSONA	40
Che cosa posso assicurare	40
Contro quali danni posso assicurarmi	40
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	40
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	40
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	41
Allegato ALL-GI.1	45

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI ASSISTENZA

Sara Assicurazioni provvede, per il tramite della Struttura Organizzativa di Assistenza di Aci Global - con sede in Viale Sarca 336 - 20126 Milano - ad erogare le prestazioni di Assistenza previste nell'apposita Sezione "Assistenza", nonchè- se rese operanti -, le prestazioni "Trasferimento in centri specializzati " ed "Interprete all'estero" di cui alla garanzia "Malattie Rare per bambini fino a due anni di età".

Per ottenere una prestazione l'Assicurato dovrà prendere contatto con la Struttura Organizzativa utilizzando uno dei seguenti numeri: Numero verde: 800.095.095

Per chi chiama dall'estero : +39.02.66165538

FAX: +39.02.6610044

comunicando: cognome e nome, numero di polizza, tipo di prestazione di cui necessita, indirizzo temporaneo se diverso dal domicilio, recapito telefonico.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA SALUTE

Attraverso lo stesso numero verde della Struttura Organizzativa di Assistenza suindicato (800.095.095), si accede anche alla Struttura Organizzativa Salute.

Per chi chiama dall'Estero invece, il numero da utilizzare è il seguente: 0117425692.

La Struttura Organizzativa Salute ha il compito di attivare tutte le garanzie malattia della polizza SaraCheckUp: riceve e gestisce tutte le denunce di sinistro, e provvede a gestire i sinistri ed a fornire la "presa in carico" delle prestazioni presso Centri e Specialisti convenzionati, per le quali **l'Assicurato deve necessariamente rivolgersi alla Struttura Organizzativa Salute.**

Ogni comunicazione scritta ed eventuale documentazione andranno consegnate in Agenzia o alla Sede legale della Società.

PRESTAZIONI CONNESSE A GARANZIE SALUTE

CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

L'assicurato può usufruire 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, di un servizio di consulenza medica telefonica.

Il servizio medico della Struttura Organizzativa Salute, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire consigli medici di carattere generale. Gli stessi consulenti medici sono a disposizione per fornire informazioni sui medicinali commercializzati in Italia, su composizione, equivalenza prodotti, posologie nonché su eventuali controindicazioni. **I consulenti medici non forniranno diagnosi o prescrizioni**, ma faranno il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

VIDEO CONSULTO CON MEDICO GENERICO

La prestazione è fornita 24 ore su 24. Se l'assicurato ha bisogno di un consulto medico per una valutazione del proprio stato di salute, può contattare la Struttura Organizzativa di Blue Assistance per organizzare l'accesso a sessioni di videoconferenza di consulto medico generico online. Dopo il riconoscimento dell'Assicurato, la Struttura chiede un indirizzo di posta elettronica valido per l'invio del link del video consulto. Se il medico di centrale risulta occupato, la Struttura indica all'Assicurato le tempistiche entro cui sarà effettuato il video consulto. **Se per problemi di copertura o per preferenza dell'Assicurato, il consulto non può essere fatto in videoconferenza, sarà effettuato un consulto telefonico.**

VIDEO CONSULTO CON MEDICO SPECIALISTA

Se l'Assicurato ha bisogno di un video consulto con medico specialista, può contattare la Struttura Organizzativa di Blue Assistance che, raccolte le disponibilità dell'Assicurato, organizza l'appuntamento con il medico. Il video consulto è effettuato tramite il link, inviato dalla Struttura all'indirizzo e-mail fornito dall'Assicurato in fase di riconoscimento, che gli permette di accedere all'appuntamento con il medico specialista. **Il servizio è disponibile dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00; i medici specialisti disponibili sono: allergologo, cardiologo, dermatologo, diabetologo, geriatra, ginecologo, pediatra, nutrizionista, ortopedico, ostetrica, pneumologo, psicologo, veterinario.** **Se per problemi di copertura o per preferenza dell'Assicurato, il consulto non può essere fatto in videoconferenza, sarà effettuato un consulto telefonico.**

CONSEGNA FARMACI

L'Assicurato potrà usufruire gratuitamente di un servizio di consegna farmaci a domicilio.

Il servizio è fornito da "Pharmap", servizio di consegna farmaci a domicilio che consente di ricevere qualsiasi prodotto della farmacia a domicilio in orari predefiniti tra fornitore e assicurato.

Il servizio può essere utilizzato attraverso sito web www.pharmap.it e App "PHARMAP- Consegna Farmaci"

Come funziona:

1. Ricerca del farmaco per nome o per categoria
2. Inserimento dell'indirizzo dove ricevere la consegna
3. Scelta della Farmacia del network più vicina
4. Esecuzione del pagamento inserendo i codici sconto
5. Ricevimento dell'ordine nella fascia oraria più comoda per te (**consegna "Slot"**)

Per l'Assicurato saranno disponibili, **per ciascuna annualità assicurativa, 2 consegne gratuite**, dette "SLOT".

I codici sconto da inserire al momento del pagamento tramite App o sito Pharmap saranno disponibili all'interno dell'Area Privata del cliente sul sito www.sara.it.

Il servizio prevede la consegna di farmaci nelle fasce orarie di apertura della farmacie, **esclusa la domenica ed in alcune aree anche il sabato**. Per i soli farmaci soggetti a ricetta elettronica, l'utente può inserire l'NRE in piattaforma Pharmap*; in alternativa l'utente potrà indicare, nel caso che il proprio medico possa fornire il servizio, che la ricetta è disponibile presso la farmacia selezionata.

Conformemente alla normativa vigente, la Farmacia emetterà nei confronti dell'Assicurato, che abbia fornito in fase di richiesta il proprio codice fiscale, lo scontrino fiscale al fine di consentire il beneficio delle detrazioni previste in caso di acquisto di determinati medicinali e dispositivi medici.

Modalità di pagamento: il pagamento può essere effettuato dall'Assicurato mediante:

- carta di credito/debito o carta prepagata;
- denaro contante da consegnare al fattorino al momento della consegna del Prodotto

Maggiori informazioni sono disponibili sul sito web di PHARMAP o sulla App PHARMAP.

Il servizio è limitato alle sole aree coperte consultabili sul sito www.pharmap.it di cui si raccomanda la lettura del REGOLAMENTO.

***In caso di ritiro preventivo della ricetta presso l'indirizzo dell'utente o il medico curante il costo del ritiro è di € 2.00 ed è a carico dell'Assicurato; in merito consultare Regolamento PHARMAP.**

TELEASSISTENZA

Gli Assicurati, che abbiano subito un ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia o infortunio **e che abbia comportato un intervento chirurgico rientrante esclusivamente nell'apposito elenco di cui all'Allegato ALL-GI.1**, potranno richiedere l'attivazione delle prestazioni di teleassistenza, ovvero dei servizi di "teleconsulto" e di "telemonitoraggio" mediante la comunicazione audiovisiva con un medico attraverso l'utilizzo di apposito kit per il rilevamento dei seguenti parametri:

- pressione arteriosa
- frequenza cardiaca
- saturazione di ossigeno
- glicemia

Le prestazioni di teleassistenza consentono agli Assicurati di fruire delle seguenti prestazioni:

- (i) consulto medico telefonico o in video conferenza con i medici della Struttura Organizzativa Salute;
- (ii) misurazione parametri medici;
- (iii) telemonitoraggio - servizio alerts parametri medici.

L'Assicurato che intenda usufruire del servizio di Teleassistenza, **dovrà mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa Salute, almeno 48 prima delle dimissioni, chiamando esclusivamente il numero verde 800.095.095** attivo tutti i giorni 24 ore su 24, per chiedere l'attivazione delle prestazioni e l'invio dell'apposito kit di misurazione, costituito da un Tablet IOS con pre-istallata l'apposita applicazione DOC24 **(qualora l'Assicurato non disponga di uno smartphone o di un tablet compatibile con l'applicazione DOC24)**.

La Struttura Organizzativa Salute, dopo aver verificato la sussistenza dei requisiti per l'accesso alla prestazione ed alla raccolta dei dati necessari all'erogazione della stessa, provvederà a far recapitare, presso il domicilio indicato dall'Assicurato, l'apposito kit di misurazione.

Tale kit verrà concesso all'Assicurato - ad uso personale del medesimo - in "comodato d'uso", **per una durata massima pari a dieci mesi, a decorrere dal giorno della sua consegna. Al termine del periodo di comodato, l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa Salute ed attivarsi per la restituzione del kit di misurazione.**

La presente prestazione non può essere erogata se l'Assicurato si trova all'estero, con l'eccezione di Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

GLOSSARIO

Ambulatorio: struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni medico chirurgiche nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale

Assicurato: il soggetto il cui interesse e' protetto dall'assicurazione

Assicurazione : il contratto di assicurazione

Assistenza: l'aiuto tempestivo, in denaro od in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro

Cancro: è un tumore maligno, diagnosticato come tale da esame istopatologico, caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfomi (Hodgkin e non Hodgkin), leucemie, mielomi, sarcomi;

Cartella clinica : documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenete le generalità per esteso, diagnosi anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centro convenzionato/medico specialista convenzionato : istituto di diagnosi e/o cura - medico specialista, convenzionato con la Società, che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti (fatta eccezione per eventuali scoperti o franchigie previsti in polizza), in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza, direttamente dalla Società. Sul sito Internet della Società www.sara.it è disponibile l'elenco dei "Centri convenzionati". L'elenco dei Centri convenzionati puo' essere soggetto a variazioni. Eventuali aggiornamenti dello stesso saranno resi disponibili sul sito Internet della Società www.sara.it e/o informazioni in merito potranno essere richieste alla Struttura Organizzativa Salute. Per informazioni sui medici specialisti convenzionati e' necessario chiamare la Struttura Organizzativa Salute.

Codice del Consumo: il decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, come successivamente modificato e integrato.

Contraente: il soggetto, persona fisica o persona giuridica, che stipula l'assicurazione, nell'interesse proprio e / o di altre persone, e sul quale gravano gli obblighi da essa derivanti.

Franchigia: l'importo dell'indennizzo che rimane a carico dell'assicurato

Frattura : Lesione ossea che consiste in una soluzione di continuità , completa o incompleta con o senza spostamento di frammenti.

Frattura esposta: quando il moncone osseo perfora l'epidermide

Gessatura : l'apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico.

Grande intervento chirurgico: l'intervento rientrante esclusivamente nell'apposito Elenco dei Grandi interventi chirurgici allegato alle presenti Condizioni di polizza

Indennizzo – Indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

Infortunio : l'evento dovuto a causa fortuita , violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili

Intervento chirurgico : intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici nonché' diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser o crioterapia

Istituto di cura : l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano istituti di cura gli istituti termali, le strutture di convalescenza e di soggiorno e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Malattia : ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. In particolare per: Malattia oncologica (o patologia oncologica): vedasi definizione di "Cancro";

Malformazione – difetto fisico: ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile

Pagamento diretto : il pagamento che la Società, in nome e per conto dell'Assicurato, effettua, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza, a favore dei Centri convenzionati per le prestazioni previste nelle garanzie di polizza e prese in carico dalla Struttura Organizzativa Salute.

Pandemia (o di natura pandemica): una patologia ha natura pandemica quando è improvvisa e invasiva, quindi con tendenza a diffondersi rapidamente e con violenza , in vaste aree geografiche su scala planetaria, coinvolgendo di conseguenza gran parte della popolazione mondiale nella malattia stessa o nel semplice rischio di contrarla, con capacità di trasmissione da uomo a uomo, derivante da un agente patogeno verso cui non è presente immunità specifica; una sindrome influenzale è di natura pandemica se causata da un agente patogeno infettivo che causa malattie respiratorie per il quale non è presente immunizzazione, la cui diffusione è rapida e invasiva e interessa molti paesi o continenti e/o gran parte della popolazione mondiale. (ad es. COVID 19).

Polizza : il documento che prova l'assicurazione

Premio : la somma dovuta dal Contraente alla Società

Presa in carico : documento che la Struttura Organizzativa Salute, su richiesta dell'Assicurato e dopo valutazione dell'operatività della garanzia richiesta, invia ai Centri convenzionati, con il quale la Società si impegna in nome e per conto dell'Assicurato, a pagare le prestazioni effettuate dai Centri convenzionati a favore dell'Assicurato, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza.

Ricovero : la permanenza in istituto di cura con pernottamento.

Ricovero diurno:

Day Hospital : la permanenza in istituto di cura senza pernottamento, senza intervento chirurgico;

Day surgery: modalità clinico-organizzativa per effettuare interventi chirurgici in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia generale, loco-regionale o locale.

Rischio : la possibilità che si verifichi il sinistro

Scoperto : l'importo percentuale dell' indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato

Sinistro : il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stata prestata l'assicurazione

Società : Sara Assicurazioni S.p.A.

Stato patologico : ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio

Struttura Organizzativa Assistenza: SARA Assicurazioni provvede, per il tramite della Struttura Organizzativa di Assistenza di Aci Global – con sede in viale Sarca 336 a Milano, ad erogare le prestazioni di Assistenza previste alla relativa Sezione. **Per ottenere una prestazione l'Assicurato dovrà prendere contatto con la Struttura Organizzativa di Assistenza Aci Global** ai seguenti numeri: Numero verde a chiamata gratuita 800.095.095 o la linea telefonica normale da utilizzarsi in particolare per chi chiama dall'estero:

0039.02.66165538.

La Struttura Organizzativa è in funzione 24 ore su 24.

Si rende noto che la compagnia ha con detta struttura organizzativa rapporti di gruppo, rapporti di affari propri o di società del Gruppo. A tal riguardo la Società ha elaborato ed attuato e mantiene efficaci presidi organizzativi ed amministrativi per la gestione di eventuali conflitti di interesse e si impegna comunque ad agire in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei Contraenti.

Struttura Organizzativa Salute: Struttura Organizzativa Salute di Blue Assistance SpA, Corso Svizzera, 185, 10149 Torino, cui presentare la richiesta di indennizzo o di presa in carico per indennizzo tramite pagamento diretto (vedi definizioni) ai Centri convenzionati.

La Struttura Organizzativa osserva il seguente orario: lunedì - venerdì ore 08,00 - ore 18.

Numero telefonico: 800.095.095, e 0117425692, riservato per chi chiama dall'Estero.

La Struttura Organizzativa fornisce inoltre informazioni: sullo stato del sinistro; informazioni relative ai Centri convenzionati; indicazioni in merito alle modalità di presa in carico.

Ogni comunicazione scritta ed eventuale documentazione andranno consegnate in Agenzia o alla Sede legale della Società.

Si rende noto che la compagnia ha con detta struttura organizzativa rapporti di gruppo, rapporti di affari propri o di società del Gruppo. A tal riguardo la Società ha elaborato ed attuato e mantiene efficaci presidi organizzativi ed amministrativi per la gestione di eventuali conflitti di interesse e si impegna comunque ad agire in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei Contraenti.

Qualora variesse la Struttura Organizzativa incaricata della gestione degli indennizzi, la Società provvederà a darne tempestivo avviso agli assicurati comunicando anche i riferimenti della nuova Struttura Organizzativa (verranno garantite le stesse fasce orarie del servizio), fermo restando la gestione degli indennizzi in corso.

Supporto durevole: qualsiasi strumento che permetta al Contraente di memorizzare le informazioni a lui personalmente dirette, in modo che possano essere agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate le informazioni stesse, e che consenta la riproduzione immutata delle informazioni memorizzate.

Tecnica di comunicazione a distanza: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'intermediario e del Contraente, possa impiegarsi per la conclusione del contratto.

Viaggio : lo spostamento dell'Assicurato dalla propria residenza/soggiorno ad oltre 50 Km dal comune di residenza/soggiorno.

MEDICINA PREVENTIVA

Check-up di Benvenuto

Entro il termine della seconda annualità del contratto la Società offre all'Assicurato la possibilità di effettuare gratuitamente un check-up presso i Centri convenzionati, anche in assenza di alterazioni morbose. Il check-up comprende di base i seguenti esami:

- Donne: elettrocardiogramma a riposo, esame completo delle urine ed i seguenti esami del sangue: Ca15.3, test per epatite HCV, emocromo completo, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, PAP Test e, per le donne di età pari o superiori ad anni 40 Mammografia;
- Uomini: elettrocardiogramma a riposo, RX del torace, esame completo delle urine ed i seguenti esami del sangue: test per epatite HCV, emocromo completo, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, e, per uomini di età pari o superiori ad anni 40, Ecografia Prostatica;
- Bambini fino a 6 mesi: ecografia delle anche;;
- Bambini fino a 12 anni: visita oculistica/ortottica ed i seguenti esami : emocromo completo, emogruppo e fattore RH, conteggio reticolociti, glicemia, creatininemia, sideremia, bilirubinemia, TAS, PCR, VES ed esame urine completo.

Fa seguito al check-up , un incontro conclusivo, nel corso della quale il medico fiduciario della Società (per i bambini un pediatra) valuta ed espone all'Assicurato i risultati degli esami.

In questa sede il medico prenderà nota di eventuali fattori di rischio specifici della persona assicurata e/o di origine familiare.

Programma Mantenimento Salute

L'Assicurato **dopo aver eseguito il Check-up di cui al punto precedente**, può partecipare ad un programma personalizzato e mirato al mantenimento dello stato di salute, tramite la prevenzione e la diagnosi precoce.

L'Assicurato, **previa presa in carico della Struttura Organizzativa Salute**, potrà presentarsi presso i Centri Convenzionati, dove verranno eseguiti gli esami diagnostici e le visite specialistiche di medicina preventiva ritenuti necessari dal medico curante dell'assicurato; **è necessaria prescrizione medica.**

Le visite e gli esami previsti dalla presente garanzia sono esclusivamente quelli legati a fattori di rischio specifici della persona assicurata (anche quelli legati all'età) e/o di origine familiare.

La Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato del 75% del costo degli esami diagnostici e delle visite specialistiche effettuate dall'Assicurato su prescrizione del suo medico fiduciario.

Il pagamento dello scoperto viene effettuato direttamente dall'Assicurato al Centro convenzionato sulla base della relativa fattura.

NC - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Premessa

Il presente contratto può essere stipulato dal Contraente mediante

- (i) un intermediario autorizzato dalla Compagnia a concludere il contratto in presenza o per il tramite
- (ii) della Compagnia che agisca in qualità di distributore o ovvero ancora per il tramite di
- (iii) intermediari autorizzati dalla Compagnia nell'ambito di un sistema di vendita a distanza.

Nei casi (ii) e (iii) il Contraente:

- è informato di accedere all'utilizzo di un sistema di vendita organizzato dalla Compagnia direttamente o per il tramite della propria rete distributiva che, per tale contratto, impiega anche una o più tecniche di comunicazione a distanza fino alla conclusione del contratto, compresa la conclusione del contratto stesso;
- potrà scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa, come di volta in volta vigente: tramite e mail, all'indirizzo in precedenza indicato dal Contraente.

La preferenza potrà essere modificata in qualsiasi momento scrivendo all'indirizzo assistenzaclienti@sara.it oppure accedendo all'area personale del sito www.sara.it. Tale scelta potrà essere modificata in qualsiasi momento, senza oneri, inviando una e mail all'indirizzo: assistenzaclienti@sara.it. Il contraente è altresì informato che eventuali aggiornamenti/variazioni dell'indirizzo e mail andranno comunicati tempestivamente alla Compagnia all'indirizzo e mail sopra indicato.

Nella scheda di polizza sono evidenziati gli eventuali consensi ai trattamenti commerciali, alla profilazione e al trasferimento dei dati a terzi in precedenza forniti alla Compagnia; si ricorda che i consensi forniti possono essere in qualsiasi momento revocati contattando la Società, anche per il tramite dell'Agente, o il Responsabile della Protezione Dati personali (RPD@sara.it).

NC.1 - Persone Assicurate

L'Assicurazione vale per gli Assicurati, indicati nel simplo di polizza, che al momento della stipula risultino regolarmente assicurabili ai sensi dell'art. NC.2 "Persone non assicurabili" e per i quali sia stato pagato il premio di polizza.

NC.2 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, e relative sindromi correlate. L'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

NC.3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Aggravamento o diminuzione del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/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 cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892,1893 e 1894 del c.c.

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 c.c.

Nel caso di diminuzione del rischio la Società e' tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 c.c. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande poste sul Questionario Anamnestico.

NC.4 - Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 c.c.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione la Società non e' tenuta a corrispondere l'indennizzo.

NC.5 - Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- a) per gli infortuni: dal momento in cui, ai sensi dell'art. NC.9 "Conclusione del contratto, pagamento del premio e decorrenza della garanzia", ha effetto l'assicurazione;
- b) per le malattie: dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione; limitatamente alla sola estensione in caso di patologie pandemiche (se resa operante) la garanzia decorre dal settimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.
- c) per il parto: dal duecentosettantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- d) per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione: dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di trenta giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, gli anzidetti termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime.

Per converso qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese in detta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i sopra indicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.

NC.6 - Durata del contratto e proroga tacita

La durata del contratto e' indicata nel frontespizio di polizza.

Fermo restando quanto previsto dall art. NC.9 "Conclusione del contratto, pagamento del premio e decorrenza della garanzia", **il contratto si rinnova tacitamente per un anno e così di anno in anno , salvo in caso di disdetta comunicata da una delle parti all'altra mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza. Il rinnovo tacito non si applica ai contratti di durata inferiore ad un anno.**

Il contratto se poliennale non è rescindibile per la durata contrattuale pattuita, secondo quanto previsto dall'art. 1899 c.c., a fronte di una riduzione del premio di tariffa per un importo pari a quanto previsto in polizza.

NC.7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Assicurato può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato.

La Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Ai fini dell'applicazione della presente clausola, non sono considerati sinistri le visite e gli esami diagnostici, nonché i controlli previsti nell'ambito della "Medicina Preventiva" (Check-up di Benvenuto e Programma Mantenimento Salute) all'interno delle "Prestazioni connesse a garanzie Salute".

Il presente prodotto non prevede il recesso per sinistro da parte della Società.

NC.8 - Ripensamento dopo la stipulazione – Diritto di recesso anticipato.

Qualora il contratto sia stato concluso mediante tecnica di comunicazione a distanza, il Contraente potrà recedere dal contratto nei 14 (quattordici) giorni successivi alla conclusione del contratto, ricevendo in restituzione il premio pagato e non goduto, al netto dell'imposta e del contributo al SSN ove previsto.

Il Contraente per esercitare il diritto di ripensamento deve inviare a Sara Assicurazioni, entro il suddetto termine, la comunicazione di ripensamento tramite una delle seguenti modalità:

(i) invio di una e-mail alla casella di posta elettronica certificata saraassicurazioni@sara.telecompost.it, oppure

(ii) invio di raccomandata A/R indirizzata alla sede legale di Sara Assicurazioni (via Po, 20 - 00198 Roma) oppure inviata alla sede della propria agenzia di riferimento il cui indirizzo è reperibile anche sul sito www.sara.it.

La comunicazione di recesso dovrà contenere gli elementi identificativi del contratto (contraente e n. di polizza).

Il recesso avrà efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione con le modalità predette.

Il presente disposto non è applicabile per i contratti sottoscritti presso le agenzie Sara Assicurazioni SpA

NC.9 - Conclusione del contratto, pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Il premio annuale indicato nel simplo di polizza, calcolato con riferimento all'età ed alla provincia di residenza dell'Assicurato, è convenuto per la durata del contratto prevista nello stesso frontespizio, fermo restando quanto disposto dall'art. NC.15 - "Indicizzazione".

In caso di mancato rinnovo del contratto ai sensi dell'art. NC.6 "Durata del contratto e proroga tacita" la garanzia cessa automaticamente alla scadenza.

Alla scadenza indicata nel frontespizio di polizza e ad ogni successivo tacito rinnovo, qualora l'età raggiunta a tale data, anche da uno solo degli assicurati, comporti in base alla tariffa vigente un premio diverso da quello inizialmente pattuito, la Società può richiedere l'adeguamento del premio mediante comunicazione della variazione inviata almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto.

La variazione si intende accettata dal Contraente in caso di proroga tacita del contratto ai sensi dell'art. NC.6 "Durata del contratto e proroga tacita".

Qualora in corso di polizza anche uno solo degli Assicurati effettui un cambio di residenza che comporti in base alla tariffa vigente un premio diverso da quello inizialmente pattuito, la Società può chiedere l'adeguamento del premio mediante comunicazione inviata almeno 60 giorni prima della scadenza annuale di polizza; la variazione si intende accettata dal Contraente in caso di pagamento del premio, in caso di non accettazione il Contraente deve effettuare disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale di polizza.

Fermo quanto disposto dall'art. NC.5 "Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa", il contratto si considera concluso con il pagamento del Premio ed entra in vigore alle ore 24 del giorno in cui il pagamento viene effettuato, oppure alle ore 24 del giorno di decorrenza, se successivo al pagamento del premio. Le date di decorrenza sopra indicate valgono anche per il caso di conclusione del contratto mediante tecnica di comunicazione a distanza. In quest'ultimo caso, il Contraente potrà sottoscrivere la polizza con Firma Elettronica Avanzata (FEA), aderendo a tale servizio secondo le modalità che gli verranno indicate dopo l'acquisto, disponibili anche nel Manuale Operativo FEA pubblicato sul sito www.sara.it. In alternativa a tale modalità, il Contraente, verificata l'esattezza dei dati riportati in polizza, dovrà firmarla e restituirla alla Compagnia tramite email utilizzando l'indirizzo dell'agenzia di riferimento, presente nella documentazione di polizza indicando nell'oggetto "Restituzione polizza firmata" entro 15 giorni dalla data di conclusione del contratto.

Per il contratto concluso mediante tecnica di comunicazione a distanza, il Premio potrà essere corrisposto con sistema di acquisto via web mediante l'utilizzo di carte di credito Maestro, Visa, American Express e Mastercard, PayPal e Bonifico Online Mybank. Tali modalità di pagamento sono effettuate in condizioni di sicurezza. La polizza verrà successivamente inviata al Contraente secondo le modalità di invio della documentazione contrattuale e pre-contrattuale richieste da quest'ultimo. I pagamenti elettronici relativi ai premi assicurativi successivo al primo potranno anche essere effettuati accedendo all'area riservata presente sul sito www.Sara.it, utilizzando le credenziali di accesso in possesso o ricevute al momento della sottoscrizione.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C..

NC.10 - Mediazione

Ogni controversia nascente o comunque collegata a questo Contratto dovrà, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010, se ed in quanto applicabile, preliminarmente essere oggetto di un tentativo di composizione che si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione di seguito indicati e di volta in volta scelto dalla parte richiedente.

La sede del tentativo sarà quella principale o quella distaccata dell'Organismo prescelto. Si applicherà al tentativo il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto. La scelta da parte del contraente, o del beneficiario del contratto ovvero di Sara, di un Organismo di mediazione diverso da quelli indicati costituirà per l'altra parte giustificato motivo di mancata partecipazione al tentativo di composizione. Sara potrà integrare l'elenco sotto riportato di organismi di mediazione mediante pubblicazione in forma telematica di elenchi aggiornati sul sito internet www.sara.it. Elenco degli organismi di mediazione:

- 1) Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane (www.camcom.gov.it)
- 2) ADR Center (www.adrcenter.com)
- 3) IFOAP Concilia (www.ifoapconcilia.it)

NC.11 - Modifiche dell'assicurazione

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

NC.12 - Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

NC.13 - Oneri fiscali

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

NC.14 - Rinvio alle norme di legge

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

NC.15 - Indicizzazione

Le somme assicurate, il premio nonché gli eventuali massimi indennizzi e sottolimiti, se espressi in cifra assoluta, sono collegati al "numero indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute" pubblicato dall'Istituto Nazionale di Statistica.

Non sono soggette ad indicizzazione le franchigie e le somme espresse in cifra fissa relativamente agli scoperti previsti nella normativa di polizza.

L'indicizzazione è calcolata come segue:

alla polizza e' assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di settembre dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;

- alla scadenza di ogni rata annua si effettua il confronto tra l'indice iniziale di riferimento e l'indice del mese di settembre dell'anno solare precedente quello di detta scadenza;

- l'aumento o la riduzione decorrono dalla scadenza della rata annua.

Viene fatta salva la facoltà da parte della Società, nell'ipotesi in cui non dovesse risultare più operativo l'"indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute", di sostituirlo con altro analogo principio oggettivo di adeguamento del valore iniziale delle prestazioni e del premio. In tal caso la Società comunica la variazione al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

NC.16 - Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutto il mondo, fermo restando che gli indennizzi vengono liquidati in Italia ed in valuta avente corso legale in Italia.

IR - SEZIONE INTERVENTI CHIRURGICI, RICOVERI E PARTO

Che cosa posso assicurare

IR.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società provvede all'indennizzo delle spese di cura nei limiti e nei termini previsti nelle presente Sezione nonché dalle condizioni previste per ciascuna Formula di garanzia (Platinum, Gold, Silver) scelta dall'Assicurato.

Contro quali danni posso assicurarmi

IR.2 - Garanzie operanti

Si intendono operanti le seguenti garanzie:

IR.2.1 - Interventi Chirurgici e Ricoveri

a) La Società in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, o di intervento chirurgico anche in assenza di ricovero, reso necessario da malattia o da infortunio che risultino in garanzia a termini di polizza, provvede ad indennizzare le seguenti spese inerenti al ricovero od all'intervento chirurgico, nei limiti previsti all'articolo IR.5, per "Sottolimiti, scoperti e franchigie" per la voce "Interventi chirurgici e ricoveri", in base alla Formula prescelta dall'Assicurato:

- diritti di sala operatoria, materiali di intervento, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante, attivo e necessario, all'intervento;
- apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, **relativamente al periodo del ricovero**;
- rette di degenza.

b) La Società provvede inoltre, nei casi di cui al precedente punto a), al rimborso delle seguenti spese, inerenti all'intervento chirurgico od al ricovero, sostenute dall'Assicurato, nei limiti previsti all'articolo IR.5, per "Sottolimiti, scoperti e franchigie" per la voce "Interventi chirurgici e ricoveri" in base alla Formula prescelta dall'Assicurato:

- nei 120 giorni precedenti all'intervento chirurgico od alla data di inizio del ricovero: esami diagnostici e visite specialistiche trasporto in autoambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, per un costo massimo di € 300,00 per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato ad € 6.000 se il trasporto avviene in eliambulanza (tale importo è previsto solo per questa prestazione).

- nei 120 giorni successivi all'intervento chirurgico od alla data di termine del ricovero
 - fisioterapia e trattamenti rieducativi
 - cure termali (escluse spese alberghiere)
 - prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche
 - esami diagnostici e visite specialistiche
 - medicinali.

c) In caso di ricovero in day hospital, senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, la polizza è operante unicamente per le spese relative agli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e le rette di degenza riguardanti il periodo di ricovero, nonché al rimborso delle spese di trasporto in autambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, regolate come da punto b) del presente articolo.

d) Sono compresi in copertura con le stesse garanzie e modalità di cui ai precedenti punti a) e b) gli interventi chirurgici per l'eliminazione di ernie purchè indennizzabili a termini di polizza, con il limite massimo di indennizzo di € 10.000.

e) Sono comprese in garanzia, con le stesse modalità di cui ai precedenti punti a) b) le cure dentarie o delle paradontopatie soltanto se conseguenti ad infortunio documentato, verificatosi successivamente alla stipula della polizza, con esclusione delle spese per protesi.

f) Sono comprese in garanzia, con le stesse modalità di cui ai precedenti punti a) e b) , le spese per chirurgia plastica e stomatologica ricostruttiva rese necessarie da infortunio documentato o da neoplasie maligne, indennizzabili a termini di polizza.

g) Malattia oncologica

In caso di malattia oncologica, oltre a quanto indicato nell'art. IR.2.1 - "Interventi Chirurgici e Ricoveri", la Società rimborsa entro il limite di € 15.000 per persona ed annualità assicurativa:

- le spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici che abbiano confermato la malattia oncologica, anche se non seguiti da ricovero;
- in presenza di ricovero, anche in day hospital, nei termini di cui al successivo articolo IR.5, per la voce "Interventi chirurgici e ricoveri" in base alla Formula prescelta dall'Assicurato, le spese per visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla malattia oncologica nei due anni successivi alla data di cessazione del primo ricovero relativo alla malattia stessa;
- in presenza di ricovero, le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione, entro il sottolimito per anno assicurativo di € 6.000,00;
- per i farmaci ad uso antitumorale, ove prescrivibili dal Servizio Sanitario Nazionale, verrà rimborsato l'eventuale ticket.

IR. 2.2 - Parto naturale o cesareo

a) La Società in caso di parto, naturale o cesareo, che risulti in garanzia a termini di polizza, provvede all'indennizzo delle seguenti spese inerenti il parto, nei limiti previsti all'articolo IR.5, per "Sottolimiti, scoperti e franchigie" per la voce "Parto naturale o cesareo":

- diritti di sala operatoria, materiali di intervento, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante, attivo e necessario, all'intervento
- assistenza medica ed infermieristica, medicinali ed esami relativamente al periodo del ricovero;

- rette di degenza
- le **spese di baby room**, neonatologo ed incubatrice, nel periodo di permanenza del neonato nell'istituto di cura, successivamente al parto
- **esami clinici e strumentali ritenuti necessari dai medici per il neonato**, nel periodo di permanenza nell'istituto di cura, successivamente al parto.

b) La Società provvede inoltre, nei casi previsti al precedente punto a), al rimborso delle spese, relative al parto, sostenute dall'Assicurato nei limiti previsti all'articolo IR.5 per la voce "Parto naturale o cesareo", in base alla Formula prescelta dall'Assicurato per:

- nei 120 giorni precedenti all'intervento chirurgico od alla data di inizio del ricovero:
 - esami diagnostici e visite specialistiche (con il limite di 3 visite specialistiche e 3 ecografie);
 - trasporto in autoambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, per un costo massimo di € 300,00 per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato ad € 6.000 se il trasporto avviene in eliambulanza (tale importo è previsto solo per questa prestazione e la somma è da ritenersi aggiuntiva rispetto a quanto disposto all'articolo IR.5 per la voce "Parto naturale o cesareo", in base alla Formula prescelta dall'Assicurato).
- nei 120 giorni successivi all'intervento chirurgico od alla data di termine del ricovero:
 - esami diagnostici e visite specialistiche
 - prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, medicinali

IR.2.3 - Malattie Rare per bambini fino a due anni di età

Qualora, al bambino nato da parto indennizzabile ai sensi di polizza, venga diagnosticata nel corso dei primi due anni di vita una "malattia rara" (intendendosi per tale le patologie di cui al DM 18/05/2001 n° 279 e successive modifiche), la Società mette a disposizione le seguenti garanzie per il bambino, purchè sia stato pagato il premio di polizza per la garanzia Assistenza per la madre:

• Trasferimento in centri specializzati

Tale garanzia è operante se è operante la garanzia Assistenza per la madre.

Qualora il neonato che si trovi in Italia, a seguito di malattia rara debba essere ricoverato presso Centri specializzati situati al di fuori della propria regione di residenza, la Struttura Organizzativa di Assistenza, organizza il trasferimento del bambino presso il Centro individuato, con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea, treno, autoambulanza od altro).

Il mezzo più idoneo verrà identificato a discrezione dei medici della Struttura Organizzativa di Assistenza.

La Struttura Organizzativa di Assistenza utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei paesi europei.

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

Il trasferimento potrà avvenire con l'eventuale accompagnamento di personale medico ed infermieristico.

Per ogni annualità assicurativa la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione ed attivazione del servizio, le spese di trasporto e gli onorari del personale medico e /o infermieristico di accompagnamento, **fino ad un importo globale massimo di € 5000,00 per annualità assicurativa.**

Non danno luogo alle prestazioni le terapie riabilitative e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

• Interprete all'estero

Tale garanzia è operante se è operante la garanzia Assistenza per la madre.

Qualora il neonato venga ricoverato in un Istituto di cura a seguito di malattia rara indennizzabile a termini di polizza ed i genitori abbiano difficoltà a comunicare con i medici perchè non conoscono la lingua, la Struttura Organizzativa di Assistenza invierà un interprete.

Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 500,00 per annualità assicurativa.

• Ricerca Centri di eccellenza

Qualora i genitori del bambino affetto da una malattia rara necessitino di informazioni o aiuto nella ricerca di Centri di eccellenza, la Struttura Organizzativa Salute provvede a coadiuvare i genitori nella ricerca di centri di cura, pubblici o privati, nazionali o internazionali.

• Rimborso spese per "Secondo parere" medico

Qualora i genitori del neonato affetto da una malattia rara, desiderino ottenere un secondo parere medico qualificato (**presso ospedali, centri di ricerca, professionisti**), la Società provvede al rimborso, **fino ad un massimo di € 1.000,00**, delle spese sostenute per :

- **adeguare i documenti** medici ed equiparare i differenti parametri diagnostici ai protocolli dell'Istituzione medico-scientifica da interpellare;
- **tradurli** secondo le richieste dell'Istituzione medico-scientifica prescelta;
- **trasmetterli** all'Istituzione medico-scientifica;

Sono inclusi i costi della prestazione fornita dall'Istituzione medico-scientifica. **Sono escluse tutte le altre spese al di fuori di quelle sopra indicate.**

Tale prestazione non è ripetibile e verrà prestata "una tantum" (una sola volta).

IR.2.4 - Garanzie sempre operanti

IR.2.4.1 - Spese per accompagnatore

In caso di ricovero dell'assicurato presso un Centro convenzionato, causato da malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese per rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore.

In caso di ricovero dell'Assicurato, presso un Istituto di cura pubblico o privato non convenzionato, causato da malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese sostenute per rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore **con un sottolimito giornaliero di € 50,00, per un massimo di 30 giorni per ogni ricovero.**

IR.2.4.2 - Spese di trapianto

In caso di trapianto di organi o parte di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, nei limite del **massimale per annualità**

assicurativa di € 5.000 la Società rimborsa tutte le pertinenti spese per il prelievo, per il ricovero, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, le cure, i medicinali, le rette di degenza nonché le spese per il trasporto degli organi o parte di essi.
In caso di trapianto effettuato sull'Assicurato, **nei limiti del massimale suindicato**, la Società provvede al rimborso delle spese sopra riportate relative all'intervento sul donatore vivente.

IR.2.4.3 - Indennità di degenza sostitutiva

L'Assicurato, nel caso in cui debba essere ricoverato in un Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini di polizza, può chiedere in sostituzione integrale del pagamento diretto o del rimborso delle spese previste agli articoli:

IR.2.1 - "Interventi Chirurgici e Ricoveri" (comprese quelle per le prestazioni nei 120 giorni precedenti e successivi);

IR.2.2. - "Parto naturale o cesareo" (comprese quelle per le prestazioni nei 120 giorni precedenti e successivi);

IR.2.4.1 - "Spese per accompagnatore"

IR.2.4.2 - "Spese trapianto",

il pagamento di un'indennità giornaliera di € 100 per ogni giorno di ricovero, per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa.

L'indennità, dovuta a termini di quanto precede, **spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati.**

La Società, a termini di quanto precede e negli stessi limiti, corrisponde l'indennità suddetta anche in caso di ricovero in "day hospital" / "day surgery".

Per i criteri di liquidazione si rinvia a quanto previsto dall'articolo SXMA.3, lettera d).

IR.2.4.4 - Estensione patologie pandemiche

Limitatamente alla garanzia di cui al precedente articolo IR.2.4.3 - Indennità di degenza sostitutiva, e per tutti gli assicurati previsti sulla Scheda di polizza, vale quanto segue:

- nel caso in cui venisse disposta dalle Autorità sanitarie l'isolamento domiciliare obbligatorio dell'Assicurato, con conclamata positività a patologia pandemica, tale isolamento verrà equiparato alla degenza in Istituto di cura, **per massimo 20 giorni per sinistro e per annualità assicurativa.**

Qualora l'Assicurato, subisca un ricovero presso un Istituto di cura dovuto a patologia pandemica e tale ricovero avvenga in regime di terapia intensiva, verrà corrisposta all'Assicurato, **successivamente alla dimissione dall'Istituto di cura, una indennità forfettaria, a titolo di una tantum, per convalescenza pari ad € 2.000.**

Le estensioni di cui al presente articolo, ferme le altre esclusioni previste dalle Condizioni di polizza, non si intendono operanti nei casi di patologie ed infezioni diverse da quelle pandemiche, nonché nei casi in cui:

- lo stato patologico pandemico fosse già conosciuto e/o diagnosticato al momento della stipulazione del presente contratto;
- lo stato patologico pandemico fosse già presente al momento della stipula del presente contratto (anche in forma asintomatica);
- al momento della stipula del presente contratto fosse già stata prevista per il soggetto l'isolamento domiciliare obbligatorio;
- la patologia pandemica rappresenti malattia professionale, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni.

IR.2.4.5 - Fisioterapia post infortunio

Qualora l'Assicurato **a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza**, abbia subito l'applicazione di una **gessatura (intesa esclusivamente come da definizione sul Glossario)**, la Società, anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero, provvede al rimborso delle spese per la fisioterapia successiva, sostenute nei **120 giorni successivi alla rimozione della gessatura, entro l'importo massimo per annualità assicurativa di € 1.500.**

L'indennizzo verrà corrisposto con l'applicazione di uno scoperto del 10%, con un minimo non indennizzabile di euro 100.

IR.2.4.6 - Rimborso per abbonamenti o corsi non goduti

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato non possa usufruire o terminare di usufruire di abbonamenti, ski-pass o iscrizioni a corsi o scuole sportive, **la Società entro l'importo massimo per annualità assicurativa di € 500**, provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per la parte di prestazione non goduta.

IR.3 - Garanzie Aggiuntive

IR.3.1 - Garanzie Aggiuntive sempre operanti esclusivamente per la Formula Platinum e Gold

Qualora sulla Scheda di copertura risultasse operante, per ciascun Assicurato, la Formula Platinum o Gold, oltre alle garanzie di cui al precedente articolo IR.2 - "Garanzie operanti", si intendono prestate anche le seguenti:

✓ Cure per bambini finì a due anni di età

Qualora, per il bambino, **non assicurato in polizza ma nato da parto indennizzabile ai sensi della presente normativa**, si rendesse necessario **nei primi due anni di vita** un ricovero o un intervento chirurgico per malattia, o infortunio, la Società provvede all'indennizzo delle spese di cura **con gli stessi limiti e le stesse garanzie previste per la madre, purchè sia stato pagato il premio di polizza.**

Sono incluse le malformazioni e/o le patologie congenite.

Ai fini dell'operatività della presente garanzia il nominativo del bambino dovrà essere segnalato all'Agenzia Sara di riferimento entro sei mesi di vita del bambino.

La garanzia cessa automaticamente al compimento del secondo anno del bambino. La copertura potrà proseguire tramite inserimento del bambino in polizza come Assicurato ed il pagamento del relativo premio.

✓ Indennizzo forfettario "una tantum" per Malattie Rare

Ad integrazione di quanto previsto al precedente articolo IR.2.3 - Malattie Rare per bambini fino a due anni di età, qualora la malattia rara fosse una malattia di cui all'elenco che segue:

- Trasposizione congenitamente corretta dei grossi vasi
- Tetralogia di fallot

- Stenosi valvolare polmonare congenita
- Stenosi sopravvalvolare dell'aorta
- Neuroblastoma
- Onfalocele
- Gastroschisi
- Associazione VATER
- Canale atrioventricolare parziale
- Canale atrioventricolare completo
- Atresia esofagea
- Atresia della tricuspide
- Atresia biliare

la Società provvede anche a corrispondere una prestazione forfettaria “una tantum” in forma capitale di € 10.000.
La garanzia prevista al presente articolo cessa al compimento del secondo anno del bambino.

✓ **Visite specialistiche ed Esami diagnostici**

Sono indennizzabili le visite specialistiche e gli esami diagnostici **anche in assenza di ricovero e/o intervento chirurgico, nei limiti e con le modalità previste all'articolo IR.5 per la voce “Visite specialistiche ed esami diagnostici”, in base alla Formula prescelta dall'Assicurato.**

✓ **Acquisto protesi ortopediche ed acquisto o noleggio ausili medico chirurgici**

La Società, fino alla concorrenza di un importo massimo pari ad € 2.500 per annualità assicurativa, provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, in conseguenza di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, per:

- acquisto apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- acquisto amplificatori acustici;
- acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche;
- acquisto o noleggio di erogatori portatili di ossigeno;
- noleggio di apparecchiature per emodialisi.

IR.3.2 - Garanzie Aggiuntive operanti esclusivamente per la Formula Platinum

Qualora sulla Scheda di copertura risultasse operante la Formula Platinum oltre alle garanzie di cui al precedente articolo IR.2 - “Garanzie operanti”, si intende prestata anche la seguente:

✓ **Recupero da tossicodipendenza ed alcolismo**

Fermo restando quanto previsto dall'articolo NC.2 - “Persone non assicurabili”, qualora nel corso dell'assicurazione, l'Assicurato, immune da tossicodipendenza ed alcolismo al momento della stipula della polizza, venisse colpito da intossicazione da stupefacenti o da alcolismo, la Società si impegna a corrispondere **un indennizzo forfettario, “una tantum”, pari ad € 2.500,00,** all'Assicurato, che si sottoponga a cure disintossicanti continuative presso Centri, Comunità di recupero od Istituti di cura regolarmente abilitati al recupero psicofisico dei tossicodipendenti e degli alcolisti.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

IR.4 - Esclusioni

(Valide per tutte le garanzie di cui alla presente Sezione)

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, conosciuti e/o diagnosticati, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);**
- aborto volontario non terapeutico;**
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;**
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;**
- infortunio conseguenti ad abuso di alcolici, nonché all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;**
- infortunio sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);**
- suicidio e tentato suicidio;**
- infortunio derivanti dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);**
- terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;**
- cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;**
- prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza);**
- cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;**
- le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere;**
- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici salvo quanto previsto per la voce “Medicina Preventiva”;**
- le cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatesi successivamente alla stipulazione del contratto, sono escluse in ogni caso le protesi dentarie;**
- malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della Polizza;**
- ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita**

quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;

t) conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;

u) conseguenze derivanti da guerre , insurrezioni , movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

IR.5 - Modalità di indennizzo

Somme assicurate, sottolimiti, modalità e criteri di indennizzo differiscono in base alla Formula prescelta dall'Assicurato (Platinum, Gold, Silver) e riportata sulla Scheda di copertura, secondo quanto di seguito riportato:

Formula Platinum

Somma assicurate

La somma assicurata rappresenta per la Società il limite massimo di esposizione a cui essa è tenuta in relazione ad ogni singola persona assicurata e per annualità assicurativa. Se sulla Scheda di copertura è riportata l'indicazione "Formula Platinum", questa deve intendersi pari ad € 1.000.000 in caso di ricorso ai Centri di cura Convenzionati. Qualora l'Assicurato ricorra invece ad un Centro non convenzionato, tale somma assicurata deve intendersi sottolimitata ad € 500.000.

Sottolimiti, scoperti e franchigie

Qualora sulla Scheda di polizza risulti che sia stata resa operante la Formula "Platinum", per le garanzie sottoriportate, devono intendersi operanti le seguenti condizioni:

✓ Interventi Chirurgici e Ricoveri

La garanzia di cui al precedente articolo IR.2.1, verrà liquidata secondo le seguenti modalità:

1. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati

La Società provvede al "pagamento diretto" al Centro Convenzionato delle spese previste all'art IR.2.2 - "Interventi Chirurgici e Ricoveri", lett. a) e c) ed al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lettera b).

2. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati

La Società provvede al rimborso delle spese previste alla lettera a) e c) dell'art. IR.2.1 - "Interventi Chirurgici e Ricoveri" con applicazione di uno **scoperto del 10% con un minimo non indennizzabile di € 1.500,00 ed un massimo non indennizzabile di € 5.000,00** ed al rimborso delle spese previste alla lett. b).

3. Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desidera utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) dell'art. IR.2.1 - "Interventi Chirurgici e Ricoveri" pagando direttamente le spese del Centro Convenzionato; provvederà inoltre a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia con applicazione di uno **scoperto del 10% e con il massimo non indennizzabile di € 5.000**.

La società provvede al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) dell'articolo IR.2.1 - "Interventi Chirurgici e Ricoveri", fossero già stati indennizzati a termini di quanto previsto dal precedente articolo IR.3.1 per la voce "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

✓ Parto naturale o cesareo

La garanzia di cui al precedente articolo IR.2.2, verrà liquidata secondo le seguenti modalità:

1. Parto effettuato nei Centri convenzionati

la Società provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato delle spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo" entro il **limite massimo di € 9.500 per il parto naturale e di € 11.000 per il parto cesareo**.

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo", la Società provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato entro il **limite massimo per sinistro di € 2.000,00**.

2. Parto effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati:

la Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese, previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo", entro il limite massimo di € 8.400,00 per parto naturale e di € 9.800,00 per parto cesareo.

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo", **la Società provvede al rimborso all'Assicurato entro il limite massimo per sinistro di € 2.000,00**.

3. Parto in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Qualora, nei casi previsti all'art. IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo", l'Assicurato desidera utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato e l'Assicurato deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro il limite massimo per le equipe mediche di **€ 4.200,00 per parto naturale e di € 6.600,00 per parto cesareo**.

Il massimo indennizzo non potrà essere superiore al limite di € 9.500 per il parto naturale ed € 11.000 per il parto cesareo.

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo", la Società provvede al rimborso entro il **limite massimo per sinistro di € 2.000,00**.

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) dell'art. IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo", fossero già stati indennizzati a termini di quanto previsto dal precedente articolo IR.3.1 per la voce "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

✓ Visite specialistiche ed Esami diagnostici

Con riferimento a quanto previsto dal precedente articolo IR.3.1, le garanzie "Visite specialistiche" e "Esami diagnostici" saranno liquidate secondo le seguenti modalità:

A) Visite specialistiche

Con riferimento a quanto previsto dal precedente articolo IR.3.1, la Società, **nei limiti della somma assicurata annua di € 2.500**, in caso di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di polizza, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, **su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede:**

1. al pagamento diretto delle spese per visite mediche specialistiche effettuate dall'Assicurato presso i Centri Convenzionati, utilizzando medici specialisti convenzionati. **Le visite mediche specialistiche devono essere prese in carico tramite la Struttura Organizzativa Salute.**

2. qualora l'Assicurato per l'effettuazione delle visite specialistiche ricorra al S.S.N., la Società provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese per ticket delle visite specialistiche effettuate.

3. qualora l'Assicurato per l'effettuazione delle visite specialistiche ricorra invece a medici specialisti e/o Centri non convenzionati con la Società, questa provvede al rimborso della fattura al netto di una **franchigia fissa di € 50** per singola fattura, con le modalità e nei termini previsti dall' art. SXMA.3 "Criteri di liquidazione". La modalità di indennizzo a rimborso **non potrà superare il 50% della somma assicurata indicata al presente articolo. Per il rimborso alle fatture dovrà essere allegata la prescrizione medica indicante la motivazione clinica.**

B) Esami diagnostici

Con riferimento a quanto previsto dal precedente articolo IR.3.1, la Società, nei limiti della somma assicurata annua di **€ 2.500**, in caso di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di polizza, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, **su prescrizione medica** indicante il dubbio diagnostico, provvede:

1. al pagamento diretto delle spese per esami diagnostici effettuati dall'Assicurato presso i Centri convenzionati, utilizzando medici specialisti convenzionati. **Gli esami diagnostici devono essere presi in carico tramite la Struttura Organizzativa Salute.**

2. qualora l'Assicurato per l'effettuazione degli esami diagnostici ricorra al S.S.N., la Società provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese per ticket degli esami effettuati.

3. qualora l'Assicurato per l'effettuazione degli esami diagnostici ricorra invece a medici specialisti e/o Centri non convenzionati con la Società, questa provvede al rimborso della fattura al **netto dello scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 50 per singola fattura**, con le modalità e nei termini previsti dall' art. SXMA.3 "Criteri di liquidazione". **La modalità di indennizzo a rimborso non potrà superare il 50% della somma assicurata indicata al presente articolo. Per il rimborso alle fatture dovrà essere allegata la prescrizione medica indicante la motivazione clinica.**

Si prende inoltre atto che, dalle garanzie "Visite specialistiche" e "Esami diagnostici" riportate ai precedenti punti A) e B), sono escluse le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.

Formula Gold

Somme assicurate

La somma assicurata rappresenta per la Società il limite massimo di esposizione a cui essa è tenuta in relazione ad ogni singola persona assicurata e per annualità assicurativa. Se sulla Scheda di copertura è riportata l'indicazione "Formula Gold", questa deve intendersi pari ad € 500.000 in caso di ricorso ai Centri di cura Convenzionati. Qualora l'Assicurato ricorra invece ad un Centro non convenzionato, tale somma assicurata deve intendersi sottolimitata ad € 300.000.

Sottolimiti, scoperti e franchigie

Qualora sulla Scheda di polizza risulti che sia stata resa operante la Formula "Gold", per le garanzie sottoriportate, devono intendersi operanti le seguenti condizioni:

✓ Interventi Chirurgici e Ricoveri

La garanzia di cui al precedente articolo IR.2.1, verrà liquidata secondo le seguenti modalità:

1 - Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati

La Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo IR.2.1 - "Interventi chirurgici e ricoveri" **previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.000** ed al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b)

2 - Interventi chirurgici ed i ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati.

La Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo IR.2.1 - "Interventi chirurgici e ricoveri", **con applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 2.500,00 ed un massimo non indennizzabile di € 5.000** ed al rimborso delle spese previste alla lett. b)

3 - Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desidera utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo IR.2.1 - "Interventi chirurgici e ricoveri" nei seguenti termini:

la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato **previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.000** ed a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia con applicazione di uno **scoperto del 20% e con il massimo non indennizzabile di € 5.000**.

La Società provvede al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) dell'articolo IR.2.1 - "Interventi Chirurgici e Ricoveri", fossero già stati indennizzati a termini di quanto previsto dal precedente articolo IR.3.1 per la voce "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

✓ Parto naturale o cesareo

La garanzia di cui al precedente articolo IR.2.2, verrà liquidata secondo le seguenti modalità:

1 - Parto effettuato nei Centri convenzionati

La Società provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato delle spese previste alla lettera a) dell'articolo IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo" **previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.000,00 entro il limite massimo di € 9.500 per il parto naturale e di € 11.000 per il parto cesareo.**

Per le spese previste alla lettera b) dell'articolo IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo" la Società provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato **entro il limite massimo per sinistro di € 2.000,00.**

2 - Parto effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati

La Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese, previste alla lettera a) dell'articolo IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo", entro il limite massimo di **€ 8.400 per parto naturale e di € 9.800 per parto cesareo.**

In questo caso il rimborso verrà effettuato con applicazione di una franchigia fissa di € 1.000,00.

Per le spese previste alla lettera b) dell'articolo IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo" la Società provvede al rimborso all'Assicurato **entro il limite massimo per sinistro. di € 2.000,00.**

3 - Parto in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Qualora, nei casi previsti all'articolo IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo", l'Assicurato desidera utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato **previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.000,00** e l'Assicurato deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro il limite massimo per **le equipe mediche di € 4.200,00 per parto naturale e di € 6.600,00 per parto cesareo.**

Il massimo indennizzo non potrà essere superiore al limite di € 9.500 per il parto naturale ed € 11.000 per il parto cesareo.

Per le spese previste alla lettera b) dell'articolo IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo", la Società provvede al rimborso **entro il limite massimo per sinistro di € 2.000,00.**

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) dell'art. IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo", fossero già stati indennizzati a termini di quanto previsto dal precedente articolo IR.3.1 per la voce "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

✓ **Visite specialistiche ed Esami diagnostici**

Con riferimento a quanto previsto dal precedente articolo IR.2.4.3, le garanzie "Visite specialistiche" e "Esami diagnostici" saranno liquidate secondo le seguenti modalità:

La Società, nei limiti della somma assicurata annua di **€ 3.000** in caso di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di polizza, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su **prescrizione medica** indicante la motivazione clinica, provvede

1 - al pagamento diretto ai Centri convenzionati delle spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici effettuati dall'Assicurato utilizzando medici specialisti convenzionati. **Le visite specialistiche e gli esami diagnostici devono essere presi in carico tramite la Struttura Organizzativa Salute.**

2 - qualora l'Assicurato per l'effettuazione delle visite specialistiche e degli esami diagnostici ricorra al S.S.N., la Società provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese per ticket.

3 - qualora l'assicurato per l'effettuazione delle visite specialistiche o degli esami diagnostici ricorra invece a medici specialisti e/o Centri non convenzionati con la Società, questa provvede al rimborso della fattura per l'esame diagnostico al **netto di una dello scoperto del 25%** con il minimo non indennizzabile di € 50 e al rimborso della fattura per la visita specialistica al **netto di una franchigia fissa di € 50**. Il rimborso avverrà con le modalità e nei termini previsti dall' articolo SXMA.3 - "Criteri di liquidazione". **La modalità di indennizzo a rimborso non potrà superare il 50% della somma assicurata indicata al presente articolo. Per il rimborso alle fatture dovrà essere allegata la prescrizione medica indicante la motivazione clinica.**

Sono escluse dalle garanzie le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.

Formula Silver

Somme assicurate

La somma assicurata rappresenta per la Società il limite massimo di esposizione a cui essa è tenuta in relazione ad ogni singola persona assicurata e per annualità assicurativa. Se sulla Scheda di copertura è riportata l'indicazione "Formula Silver", questa deve intendersi pari ad € 300.000 in caso di ricorso ai Centri di cura Convenzionati. Qualora l'Assicurato ricorra invece ad un Centro non convenzionato, tale somma assicurata deve intendersi sottolimitata ad € 200.000.

Sottolimiti, scoperti e franchigie

Qualora sulla Scheda di polizza risulti che sia stata resa operante la Formula "Silver", per le garanzie sottoriportate, devono intendersi operanti le seguenti condizioni:

✓ **Interventi Chirurgici e Ricoveri**

La garanzia di cui al precedente articolo IR.2.1, verrà liquidata secondo le seguenti modalità:

1 - Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati

La Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo IR.2.1 - "Interventi chirurgici e ricoveri" **previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500** ed al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b)

2 - Interventi chirurgici ed i ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati

La Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo IR.2.1 - "Interventi chirurgici e ricoveri", **con applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 2.500,00 ed un massimo non indennizzabile di € 5.000** ed al rimborso delle spese previste alla lett. b).

3 - Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desideri utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo IR.2.1 - "Interventi chirurgici e ricoveri" nei seguenti termini:

la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato **previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500** ed a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia **con applicazione di uno scoperto del 20% e con il massimo non indennizzabile di € 5.000.**

La Società provvede al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

✓ **Parto naturale o cesareo**

La garanzia di cui al precedente articolo IR.2.2, verrà liquidata secondo le seguenti modalità:

1 - Parto effettuato nei Centri convenzionati o non convenzionati

La Società provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato o, nel caso di ricorso ad un Centro non convenzionato, al rimborso all'Assicurato delle spese previste all'articolo IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo" alla lettera a) **previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500,00 ed entro il limite massimo di € 8.400 per parto naturale e di € 9.800 per parto cesareo.**

Per le spese previste alla lettera b) dell'articolo IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo" la Società provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato **nel limite massimo per sinistro di € 2.000.**

2 - Parto in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Qualora, nei casi previsti all'articolo IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo", l'Assicurato desideri utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato **previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500,00** e l'Assicurato deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro **il limite massimo per le equipe mediche di € 4.200 per parto naturale e di € 6.600 per parto cesareo. Il massimo indennizzo non potrà essere superiore al limite di € 8.400 per il parto naturale ed € 9.800 per il parto cesareo.**

Per le spese previste alla lettera b) dell'articolo IR.2.2 - "Parto naturale o cesareo", la Società provvede al rimborso **entro il limite massimo per sinistro di € 2.000.**

IR.6 - Operatività e limiti delle prestazioni Assistenza della garanzia "Malattie Rare"

Limitatamente alle garanzie:

- Trasferimento in centri specializzati
- Interprete all'estero

di cui al precedente articolo IR.2.3 - "Malattie Rare per bambini fino a due anni di età", vale quanto segue:

Operatività garanzie Assistenza

Il diritto alle Prestazioni di Assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa di Assistenza al verificarsi del sinistro.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni di Assistenza, la Società non è tenuta a fornire Indennizzi o Prestazioni di Assistenza alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Ogni diritto nei confronti di SARA si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra impresa di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del Sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente a SARA nel termine di tre giorni a pena di decadenza.

Nel caso in cui si attivasse altra impresa, le presenti Prestazioni di Assicurazione saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale Indennizzo all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa

assicuratrice che ha erogato la Prestazione di Assistenza.

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato nella presente Sezione di norme che regolano le garanzie assistenza, si applicano le disposizioni di legge.

IR.7 - Anticipo indennizzo e Infortuni all'estero (operative per tutte le Formule: Platinum, Gold e Silver)

• **Anticipo dell'indennizzo**

Nei casi di sinistro indennizzabile in base alla presente Sezione, comportante intervento chirurgico o ricovero in un Istituto di cura (anche in day hospital) non convenzionato, l'Assicurato ha diritto ad ottenere, **nei limiti e con le modalità più sotto riportate**, un'anticipazione dell'indennizzo **a condizione che fornisca la documentazione medica sufficiente alla Società per accertare l'indennizzabilità del sinistro stesso.**

In tal caso, **la Società corrisponde il 70% delle spese che l'Assicurato deve sostenere in base al preventivo rilasciato dall'istituto di cura (detratti franchigia o scoperti se presenti), purchè dette spese non risultino inferiori ad € 1.000,00.**

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

• **Infortuni all'estero**

Qualora l'assicurato che si trovi all'estero subisca un **infortunio certificato da documentazione del locale pronto soccorso e le condizioni dell'Assicurato, comprovate da documentazione medica, rendano necessario il ricovero e/o un intervento chirurgico nello stato estero in cui l'Assicurato si trova**, la Società, in caso di indennizzabilità ai sensi della presente Sezione, provvederà al rimborso delle spese del ricovero e/o dell'intervento chirurgico senza applicazione di scoperti o franchigie.

Non sono considerati estero lo Stato Città del Vaticano e la Repubblica di S.Marino.

Condizione Particolare Soci A.C.I.

Qualora al momento del sinistro il Contraente sia socio dell'ACI, limitatamente alla garanzia "Indennità di degenza sostitutiva", sarà riconosciuto all'avente diritto una maggiorazione dell'indennizzo pari al 5% della somma liquidabile a termini di polizza.

Schede riepilogative

INTERVENTI CHIRURGICI, RICOVERO, DAY HOSPITAL

Formula	Centro convenzionato	Centro non convenzionato	Centro convenzionato / Equipe medica non convenzionata
Platinum	Presenza in carico prestazione	Rimborso con scoperto 10% minimo non indennizzabile € 1.500 (con il massimo a carico del cliente di € 5.000)	Presenza in carico delle spese Istituto di cura; Rimborso spese per equipe medica con scoperto 10% (con il massimo a carico del cliente di € 5.000)
Gold	Presenza in carico prestazione con franchigia € 1.000	Rimborso con scoperto 20% minimo non indennizzabile € 2.500 (con il massimo a carico del cliente di € 5.000)	Presenza in carico delle spese Istituto di cura con franchigia € 1.000; Rimborso spese per equipe medica con scoperto 20% (con il massimo a carico del cliente di € 5.000)
Silver	Presenza in carico prestazione con franchigia € 1.500	Rimborso con scoperto 20% minimo non indennizzabile € 2.500 (con il massimo a carico del cliente di € 5.000)	Presenza in carico delle spese Istituto di cura con franchigia € 1.500; Rimborso spese per equipe medica con scoperto 20% (con il massimo a carico del cliente di € 5.000)

PARTO NATURALE E CESAREO

Formula	Centro convenzionato	Centro non convenzionato	Centro convenzionato / Equipe medica non convenzionata
Platinum	Presenza in carico entro: - € 11.000 per parto cesareo; - € 9.500 per parto naturale	Rimborso entro: - € 9.800 per parto cesareo; - € 8.400 per parto naturale	Presenza in carico spese Istituto di cura; Rimborso spese per equipe medica entro: - € 6.600 per parto cesareo; - € 4.200 per parto naturale. Il tutto entro l'importo totale di: - € 11.000 per parto cesareo; - € 9.500 per parto naturale
Gold	Presenza in carico con applicazione di una franchigia di € 1.000 entro: - € 11.000 per parto cesareo; - € 9.500 per parto naturale	Rimborso con applicazione di una franchigia di € 1.000, entro: - € 9.800 per parto cesareo; - € 8.400 per parto naturale	Presenza in carico spese Istituto di cura con applicazione di una franchigia di € 1.000; Rimborso spese per equipe medica entro: - € 6.600 per parto cesareo; - € 4.200 per parto naturale. Il tutto entro l'importo totale di: - € 11.000 per parto cesareo; - € 9.500 per parto naturale
Silver	Presenza in carico con applicazione di una franchigia di € 1.500 entro: - € 9.800 per parto cesareo; - € 8.400 per parto naturale	Rimborso con applicazione di una franchigia di € 1.500, entro: - € 9.800 per parto cesareo; - € 8.400 per parto naturale	Presenza in carico spese Istituto di cura con applicazione di una franchigia di € 1.500; Rimborso spese per equipe medica entro: - € 6.600 per parto cesareo; - € 4.200 per parto naturale. Il tutto entro l'importo totale di: - € 9.800 per parto cesareo; - € 8.400 per parto naturale

VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI
(operanti solo per Formula Platinum e Gold)

Formula	Somme assicurate	In convenzione	Fuori convenzione
Platinum	- € 2.500 per Visite specialistiche; - € 2.500 per Esami diagnostici	Presa in carico della prestazione	1) (Modalità usufruibile per un importo non superiore al 50% della somma assicurata): Rimborso Visite specialistiche con applicazione di una franchigia di € 50; Rimborso Esami diagnostici con applicazione di scoperto del 25%, con un minimo di € 50 2) Rimborso Ticket SSN 100%
Gold	- € 3.000 (somma assicurata unica) per Visite specialistiche ed Esami diagnostici	Presa in carico della prestazione	1) (Modalità usufruibile per un importo non superiore al 50% della somma assicurata): Rimborso Visite specialistiche con applicazione di una franchigia di € 50; Rimborso Esami diagnostici con applicazione di scoperto del 25%, con un minimo di € 50 2) Rimborso Ticket SSN 100%

**Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti
(comuni a tutte le Formule)**

Garanzia	Scoperto %	Franchigia / Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Trasporto in autoambulanza presso l'Istituto di cura	come da Formula prescelta	come da Formula prescelta	€ 300,00 per anno assicurativo
Trasporto in eliambulanza presso l'Istituto di cura	come da Formula prescelta	come da Formula prescelta	€ 6.000,00 per anno assicurativo
Intervento chirurgico per eliminazione di ernie	come da Formula prescelta	come da Formula prescelta	€ 10.000,00
Malattia oncologica	come da Formula prescelta	come da Formula prescelta	€ 15.000,00 per persona e per anno assicurativo
Malattia oncologica - Spese per assistenza infermieristica a domicilio	-	-	€ 6.000,00 per anno assicurativo
Malattie rare per bambini fino a 2 anni - Trasferimento in centri specializzati	-	-	€ 5.000,00 per anno assicurativo
Malattie rare per bambini fino a 2 anni - Interprete all'estero	-	-	€ 500,00 per anno assicurativo
Malattie rare per bambini fino a 2 anni - Rimborso spese per Secondo parere medico	-	-	€ 1.000,00
Spese per accompagnatore	-	-	€ 50,00 al giorno, per massimo 30 giorni per ogni ricovero
Spese di trapianto	-	-	€ 5.000,00 per anno assicurativo
Indennità di degenza sostitutiva	-	-	€ 100,00 per ogni giorno di ricovero, per massimo 180 giorni per anno assicurativo
Estensione patologie pandemiche - Terapia intensiva	-	-	indennità forfettaria per convalescenza pari a € 2.000,00
Riabilitazione post infortunio in Centro convenzionato	-	-	€ 2.500,00 per anno assicurativo
Riabilitazione post infortunio in Centro non convenzionato	-	-	€ 2.500,00 per anno assicurativo
Rimborso per abbonamenti o corsi non goduti	-	-	€ 500,00 per anno assicurativo
Anticipo dell'indennizzo	-	-	70% delle spese che l'Assicurato deve sostenere purchè non inferiori a € 1.000,00

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti Formula Platinum

Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Malattie rare per bambini fino a 2 anni - Malattie in elenco	-	-	€ 10.000,00
Acquisto protesi ortopediche ed acquisto o noleggio ausili medico chirurgici	-	-	€ 2.500,00 per anno assicurativo
Recupero da tossicodipendenza ed alcolismo	-	-	€ 2.500,00
Interventi chirurgici e ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati	10%	€ 1.500,00 con un massimo di € 5.000,00	€ 500.000,00
Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati	10%	massimo non indennizzabile € 5.000,00	€ 1.000.000,00
Parto naturale effettuato nei Centri convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	-	€ 9.500,00
Parto cesareo effettuato nei Centri convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	-	€ 11.000,00
Parto naturale o cesareo effettuato in Centri convenzionati e non - Spese previste alla lettera b) dell'art. IR.2.2	-	-	€ 2.000,00 per sinistro
Parto naturale effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	-	€ 8.400,00
Parto cesareo effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	-	€ 9.800,00
Parto naturale in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati	-	-	€ 4.200,00 (max indennizzo € 9.500,00)
Parto cesareo in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati	-	-	€ 6.600,00 (max indennizzo € 11.000,00)
Visite specialistiche presso Centri convenzionati	-	-	€ 2.500,00
Visite specialistiche presso medici specialisti e/o Centri non convenzionati	-	€ 50,00 per fattura	50% della somma assicurata
Esami diagnostici	-	-	€ 2.500,00
Esami diagnostici presso medici specialisti e/o Centri non convenzionati	25%	minimo non indennizzabile € 50,00 per fattura	50% della somma assicurata

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti Formula Gold

Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Malattie rare per bambini fino a 2 anni - Malattie in elenco	-	-	prestazione forfettaria € 10.000,00
Acquisto protesi ortopediche ed acquisto o noleggio ausili medico chirurgici	-		€ 2.500,00 per anno assicurativo
Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati	-	franchigia fissa € 1.000,00	Somma assicurata (€ 500.000,00)
Interventi chirurgici ed i ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati	20%	minimo non indennizzabile di € 2.500,00 e un massimo non indennizzabile di € 5.000,00	Somma assicurata (€ 300.000,00)
Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati	20%	franchigia fissa € 1.000,00 ; massimo non indennizzabile € 5.000,00	Somma assicurata (€ 500.000,00)
Parto naturale effettuato nei Centri convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	franchigia fissa € 1.000,00	€ 9.500,00
Parto cesareo effettuato nei Centri convenzionati - - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	franchigia fissa € 1.000,00	€ 11.000,00
Parto naturale o cesareo effettuato in Centri convenzionati e non - Spese previste alla lettera b) dell'art. IR.2.2	-	-	€ 2.000,00 per sinistro
Parto naturale effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	franchigia fissa € 1.000,00	€ 8.400,00
Parto cesareo effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	franchigia fissa € 1.000,00	€ 9.800,00
Parto naturale in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati	-	franchigia fissa € 1.000,00	€ 4.200,00 (max indennizzo € 9.500,00)
Parto cesareo in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati	-	franchigia fissa € 1.000,00	€ 6.600,00 (max indennizzo € 11.000,00)
Visite specialistiche ed Esami diagnostici	-	-	€ 3.000,00
Visite specialistiche ed Esami diagnostici presso medici specialisti e/o Centri non convenzionati	25%	franchigia fissa di € 50,00; minimo non indennizzabile € 50,00	50% della somma assicurata

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti Formula Silver

Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati	-	franchigia fissa € 1.500,00	Somma assicurata (€ 300.000,00)
Interventi chirurgici ed i ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati	20%	minimo non indennizzabile € 2.500,00 e massimo non indennizzabile € 5.000,00	Somma assicurata (€ 200.000,00)
Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati	20%	franchigia fissa € 1.500,00; massimo non indennizzabile € 5.000,00	-
Parto naturale effettuato nei Centri convenzionati o non convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	franchigia fissa € 1.500,00	€ 8.400,00
Parto cesareo effettuato nei Centri convenzionati o non convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	franchigia fissa € 1.500,00	€ 9.800,00
Parto naturale o cesareo effettuato in Centri convenzionati e non - Spese previste alla lettera b) dell'art. IR.2.2	-	-	€ 2.000,00 per sinistro
Parto naturale in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati	-	franchigia fissa € 1.500,00	€ 4.200,00 (max indennizzo € 8.400,00)
Parto cesareo in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati	-	franchigia fissa € 1.500,00	€ 6.600,00 (max indennizzo € 9.800,00)

GI - SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E MALATTIE ONCOLOGICHE

Che cosa posso assicurare

GI.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società provvede all'indennizzo - **nei limiti e nei termini previsti nella presente Sezione** - delle spese di cura sostenute a seguito di:

- intervento chirurgico, **qualificabile come "Grande Intervento Chirurgico"** rientrante **esclusivamente nell'elenco allegato** al presente contratto (Allegato ALL-GI.1), effettuato in regime di ricovero;
- ricoveri in istituti di cura con o senza intervento chirurgico, anche in day hospital o in day surgery, **resi necessari da malattia oncologica**.

Contro quali danni posso assicurarmi

GI.2 - Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche

a) La Società in caso di:

- **intervento chirurgico, di cui al precedente articolo GI.1, qualificabile come "Grande Intervento chirurgico", con o senza ricovero;**
- **ricovero conseguente a malattia oncologica**, reso necessario da malattia o da infortunio che risultino in garanzia a termini di polizza, provvede ad indennizzare - **nei limiti di quanto previsto al successivo articolo GI.6.1** - le seguenti spese inerenti al ricovero od all'intervento chirurgico:
 - diritti di sala operatoria, materiali di intervento, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante, attivo e necessario, all'intervento;
 - apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
 - assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, relativamente al periodo del ricovero;
 - rette di degenza.

b) La Società provvede inoltre, **nei casi di cui al precedente punto a)**, al rimborso delle spese, inerenti all'intervento chirurgico od al ricovero, sostenute dall'Assicurato, nei limiti previsti all'articolo GI.5.2 - Sottolimiti, scoperti e franchigie per:

- **nei 150 giorni precedenti** all'intervento chirurgico od alla data di inizio del ricovero:
 - esami diagnostici e visite specialistiche
 - trasporto in autoambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, **per un costo massimo di € 300,00 per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato ad € 6.000 se il trasporto avviene in eliambulanza (tale importo è previsto solo per questa prestazione).**
- **nei 150 giorni successivi** all'intervento chirurgico od alla data di termine del ricovero:
 - fisioterapia e trattamenti rieducativi
 - cure termali (escluse spese alberghiere)
 - prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche
 - esami diagnostici e visite specialistiche
 - medicinali

c) Sono comprese in garanzia, con le stesse modalità di cui ai precedenti punti a) e b), le spese per chirurgia plastica e stomatologica ricostruttiva rese necessarie da un infortunio documentato che abbia comportato un Grande Intervento o da malattie oncologiche (cancro), indennizzabili in base alla presente Sezione.

d) **Malattia oncologica**

In caso di malattia oncologica, oltre a quanto indicato alle precedenti lettere a) e b), la Società rimborsa entro il **limite di € 15.000 per persona ed annualità assicurativa**:

- le spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici che abbiano confermato la malattia oncologica, anche se non seguiti da ricovero;
- in presenza di ricovero, anche in day hospital, **nei termini di cui all'articolo GI.5.2 - "Sottolimiti, scoperti e franchigie"** le spese per visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla malattia oncologica nei due anni successivi alla data di cessazione del primo ricovero relativo alla malattia stessa;
- in presenza di ricovero, le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato **nei 60 giorni successivi alla data di dimissione entro il sottolimito per anno assicurativo di € 6.000,00.**
- per i farmaci ad uso antitumorale, ove prescrivibili dal Servizio Sanitario Nazionale, **verrà rimborsato l'eventuale ticket.**

GI.3 - Garanzie Aggiuntive sempre operanti

GI.3.1 - Spese per accompagnatore

In caso di ricovero dell'assicurato presso un Centro convenzionato, causato da malattia o infortunio, indennizzabili a termini della presente Sezione, la Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese per rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore.

In caso di ricovero dell'Assicurato, presso un Istituto di cura pubblico o privato non convenzionato, causato da malattia, infortunio, indennizzabili a termini della presente Sezione, la Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese sostenute per rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore **con un sottolimito giornaliero di € 50,00, per un massimo di 30 giorni per ogni ricovero.**

GI.3.2 - Spese di trapianto

In caso di trapianto di organi o parte di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, nei limiti del **massimale per annualità assicurativa di € 5.000** la Società rimborsa tutte le pertinenti spese per il prelievo, per il ricovero, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, le cure, i medicinali, le rette di degenza nonché le spese per il trasporto degli organi o parte di essi.

In caso di trapianto effettuato sull'Assicurato, **nei limiti del massimale suindicato**, la Società provvede al rimborso delle spese sopra riportate relative all'intervento sul donatore vivente.

Gl.3.3 - Indennità di degenza sostitutiva

L'Assicurato, nel caso in cui debba essere ricoverato in un Istituto di cura in conseguenza di malattia od infortunio, indennizzabili a termini della presente Sezione, può chiedere in sostituzione integrale del pagamento diretto o del rimborso delle spese previste agli articoli:

Gl.2 - "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche" (comprese quelle per le prestazioni nei 150 e 150 giorni rispettivamente precedenti e successivi);

Gl.3.1 - "Spese per accompagnatore"

Gl.3.2 - "Spese trapianto";

il pagamento di un'indennità giornaliera di € 100 per ogni giorno di ricovero, per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa.

L'indennità, dovuta a termini di quanto precede, **spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati.**

La Società, a termini di quanto precede e negli stessi limiti, corrisponde l'indennità suddetta anche in caso di ricovero in "day hospital" per malattie oncologiche.

Per i criteri di liquidazione si rinvia a quanto previsto dall'articolo SXMA.3, lettera d).

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

Gl.4 - Rischi esclusi

L'assicurazione non è operante nei casi di:

a) conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, conosciuti e/o diagnosticati, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);

b) aborto volontario non terapeutico;

c) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;

d) prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;

e) infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, nonché all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;

f) infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);

g) suicidio e tentato suicidio;

h) infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);

i) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;

l) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;

m) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza);

n) cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;

o) le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere;

p) ricoveri allo scopo di effettuare check up clinici salvo quanto previsto per la voce "Medicina Preventiva";

q) le cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatesi successivamente alla stipulazione del contratto, sono escluse in ogni caso le protesi dentarie;

r) malattie professionali, come definire dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della Polizza;

s) ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;

t) conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;

u) conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Gl.5 - Modalità di indennizzo della garanzia Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche

Gl.5.1 - Somme assicurate

La somma assicurata rappresenta per la Società il limite massimo di esposizione a cui essa è tenuta in relazione ad ogni singola persona assicurata e per annualità assicurativa. Se sulla Scheda di copertura è riportata l'indicazione "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche", questa deve intendersi pari ad € 1.000.000 in caso di ricorso ai Centri di cura Convenzionati. Qualora l'Assicurato ricorra invece ad un Centro non convenzionato, tale somma assicurata deve intendersi sottolimitata ad € 500.000.

Gl.5.2 - Sottolimiti, scoperti e franchigie

Qualora sulla Scheda di polizza risulti che sia stata resa operante la Formula "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche", per le garanzie di cui al precedente articolo Gl.2 - "Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche", devono intendersi operanti le seguenti condizioni:

1 - Grandi Interventi chirurgici o ricovero/interventi chirurgici per malattia oncologica effettuati nei Centri Convenzionati

La Società provvede al "pagamento diretto" al Centro Convenzionato delle spese previste all'articolo Gl.2 - "Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche", lett. a) e c) ed al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lettera b).

2 - Grandi Interventi chirurgici o ricoveri/interventi chirurgici per malattia oncologica effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati

La Società provvede al rimborso delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo G1.2 - "Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche" con applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo non indennizzabile di € 1.500,00 ed un massimo non indennizzabile di € 5.000,00 ed al rimborso delle spese previste alla lett. b).

3 - Grandi Interventi chirurgici o ricoveri/interventi chirurgici per malattia oncologica effettuati in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desidera utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo G1.2 - "Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche" nei seguenti termini:

la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato, ed a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia con applicazione di uno **scoperto del 10% e con il massimo non indennizzabile di € 5.000.**

La società provvede al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

G1.6 - Anticipo indennizzo e Infortuni all'estero

• Anticipo dell'indennizzo

Nei casi di sinistro indennizzabile ai sensi della presente Sezione, comportante intervento chirurgico o ricovero in un Istituto di cura (anche in day hospital) non convenzionato, l'Assicurato ha diritto ad ottenere, **nei limiti e con le modalità più sotto riportate**, un'anticipazione dell'indennizzo **a condizione che fornisca la documentazione medica sufficiente alla Società per accertare l'indennizzabilità del sinistro stesso.**

In tal caso, la Società corrisponde il 70% delle spese che l'Assicurato deve sostenere in base al preventivo rilasciato dall'istituto di cura (detratti franchigia o scoperti se presenti), purchè dette spese non risultino inferiori ad € 1.000,00.

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

• Infortuni all'estero

Qualora l'assicurato che si trovi all'estero subisca un **infortunio certificato da documentazione del locale pronto soccorso e le condizioni dell'Assicurato, comprovate da documentazione medica, rendano necessario un intervento chirurgico nello stato estero in cui l'Assicurato si trova**, la Società, **nei soli casi di indennizzabilità ai sensi della presente Sezione**, provvederà al rimborso delle spese dell'intervento chirurgico senza applicazione di scoperti o franchigie.

Non sono considerati estero lo Stato Città del Vaticano e la Repubblica di S.Marino.

Condizione Particolare Soci A.C.I.

Qualora al momento del sinistro il Contraente sia socio dell'ACI, limitatamente alla garanzia "Indennità di degenza sostitutiva", sarà riconosciuto all'avente diritto una maggiorazione dell'indennizzo pari al 5% della somma liquidabile a termini di polizza.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti

Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Trasporto in autoambulanza presso l'Istituto di cura	-	-	€ 300,00 per anno assicurativo
Trasporto in eliambulanza presso l'Istituto di cura	-	-	€ 6.000,00 per anno assicurativo
Malattia oncologica	-	-	€ 15.000,00 per persona ed anno assicurativo
Malattia oncologica - Spese per assistenza infermieristica a domicilio	-	-	€ 6.000,00 per anno assicurativo
Spese per accompagnatore - Ricovero dell'Assicurato presso un Istituto di cura pubblico o privato non convenzionato	-	-	€ 50,00 al giorno per massimo 30 giorni per ogni ricovero
Spese di trapianto	-	-	€ 5.000,00 per anno assicurativo
Indennità di degenza sostitutiva	-	-	€ 100,00 per ogni giorno di ricovero, per massimo 180 giorni per anno assicurativo
Grandi Interventi chirurgici o ricovero/interventi chirurgici per malattia oncologica effettuati nei Centri Convenzionati	-	-	Somma assicurata (€ 1.000.000,00)
Grandi Interventi chirurgici o ricoveri/interventi chirurgici per malattia oncologica effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati	10%	minimo non indennizzabile € 1.500,00 e massimo non indennizzabile € 5.000,00	Somma assicurata (€ 500.000,00)
Grandi Interventi chirurgici o ricoveri/interventi chirurgici per malattia oncologica effettuati in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati	10%	massimo non indennizzabile € 5.000,00	-
Anticipo dell'indennizzo	-	-	70% delle spese che l'Assicurato deve sostenere, purchè non inferiori a € 1.000,00

DC - SEZIONE INDENNITA' DI DEGENZA, CONVALESCENZA E GESSATURA

Che cosa posso assicurare

DC.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga a corrispondere un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura e di successiva convalescenza in conseguenza di infortunio, malattia o parto indennizzabili a termini di polizza.

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subisca l'applicazione di gessatura, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di gessatura di un'indennità giornaliera.

Le prestazioni su dette sono indennizzate nei limiti e con le modalità previste nell'apposita Sezione SXDC riportata in "Cosa fare in caso di sinistro".

Contro quali danni posso assicurarmi

DC.2 - Indennità di degenza, convalescenza e gessatura

Qualora l'Assicurato debba essere ricoverato in Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di ricovero, di un'indennità giornaliera **determinata come da "Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura"** (Formula Diaria, Opzione 25€, 50€ o 100€) riportata all'articolo SXDC.3 - "Criteri di liquidazione delle Indennità di degenza, convalescenza, gessatura e day hospital", **per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa.**

Per ricoveri determinati da terapie oncologiche la durata massima è di 30 giorni per annualità assicurativa.

L'indennità dovuta a termini di quanto precede spetta a partire dal giorno stesso del ricovero **fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati.**

Per la convalescenza successiva a ricovero dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di **un'indennità giornaliera pari al 50% dell'importo assicurato per la degenza.**

La durata della convalescenza è convenzionalmente prefissata in un numero di giorni pari ad una volta e mezzo quella del ricovero, **per una durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa.**

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subisca l'applicazione di gessatura, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di gessatura di **un'indennità giornaliera pari all'importo indicato nella "Tabella indennità di degenza, convalescenza e gessatura" suindicata.**

L'indennità dovuta a termini di quanto precede, spetta dal giorno stesso di applicazione della gessatura, se non vi è stato ricovero, o dal giorno di dimissione dall'Istituto di cura, se vi è stato ricovero, **per un massimo di 40 giorni per annualità assicurativa.**

L'indennità di gessatura, se coesistente con l'indennità di convalescenza, la assorbe finché coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire l'importo maggiore.

In caso di frattura radiologicamente diagnosticata, per la quale non sia prevista l'applicazione di gessatura (vedi Glossario) ma che determini per l'assicurato la necessità, certificata da documentazione medica, di immobilizzazione a letto, la Società provvede al pagamento dell'indennità di **gessatura pattuita, per una durata prefissata di giorni venti.**

Relativamente alla frattura di coste (o costole) è necessario, per l'applicazione del presente disposto, che la frattura sia relativa ad almeno due coste (o costole).

DC.3 - Altre garanzie operanti

DC.3.1 - Day Hospital

Qualora sia stata acquistata la garanzia di cui all'art. DC.2 "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", la Società, **a termini e nei limiti del medesimo articolo**, corrisponde un'indennità anche in caso di **day hospital, in misura del 50% dell'importo assicurato per la sola degenza, per un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa.**

Per il ricovero in Day Hospital non è prevista la garanzia convalescenza.

DC.3.2 - Ricovero del coniuge non assicurato

Qualora sia stata acquistata la garanzia di cui all'art. DC.2 "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", in caso di ricovero contestuale, determinato dallo stesso evento, dell'Assicurato e del coniuge non assicurato, causato da malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, la cui durata sia uguale o superiore a 10 giorni consecutivi, la Società corrisponderà anche al coniuge non assicurato un'indennità di degenza per ogni giorno di ricovero di importo pari a quella dell'Assicurato, **per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa.**

Non sono applicabili al coniuge le garanzie di convalescenza, gessatura né le indennità previste agli articoli DC.3.1 "Day Hospital", DC.3.3 "Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio che determini una invalidità permanente grave", DC.3.4 "Indennità di degenza per donatore" e DC.3.5 "Indennità per accompagnatore".

DC.3.3 - Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio che determini un'invalidità permanente grave

Qualora sia stata acquistata la garanzia di cui all'art. DC.2 "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", in caso di ricovero causato da infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini una invalidità permanente superiore al 66% (secondo i criteri di cui all'Allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n° 1124 T.U.), la Società corrisponderà una maggiorazione del 100% sugli importi assicurati per Indennità di degenza **per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa.**

La maggiorazione verrà corrisposta sulla sola Indennità di degenza.

DC.3.4 - Indennità di degenza per donatore

Qualora sia stata acquistata la garanzia di cui all'art. DC.2 "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", in caso di trapianto di midollo osseo, organi o parti di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, la Società provvede al pagamento all'Assicurato per ogni giorno di ricovero, **di un'indennità determinata come da precedente art. DC.2**

DC.3.5 - Indennità per accompagnatore

Qualora sia stata acquistata la garanzia di cui all'art. DC.2 "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al rimborso delle spese per vitto e pernottamento di un accompagnatore, presso l'Istituto di cura, entro **l'importo giornaliero di € 50, per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

DC.4 - Rischi esclusi

L'assicurazione non e' operante nei casi di:

- a) conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, conosciuti e/o diagnosticati, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- b) aborto volontario non terapeutico;
- c) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- d) prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- e) infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, nonché all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- f) infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);
- g) suicidio e tentato suicidio;
- h) infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura)
- i) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- l) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- m) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza);
- n) cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- o) le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere;
- p) ricoveri allo scopo di effettuare checkup clinici salvo quanto previsto per la voce "Medicina Preventiva";
- q) le cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatisi successivamente alla stipulazione del contratto, sono escluse in ogni caso le protesi dentarie;
- r) malattie professionali, come definire dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della Polizza;
- s) ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- t) conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- u) conseguenze derivanti da guerre , insurrezioni , movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Condizione Particolare Soci A.C.I.

Qualora al momento del sinistro il Contraente sia socio dell'ACI, in caso di degenza, convalescenza e gesso, sarà riconosciuto all'avente diritto una maggiorazione dell'indennizzo pari al 5% della somma liquidabile a termini di polizza.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti

Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Indennità di degenza	-	-	180 giorni
Indennità di degenza -terapie oncologiche	-	-	30 giorni
Indennità di convalescenza	-	-	100 giorni con indennità pari al 50% della somma assicurata per la degenza
Indennità di gessatura	-	-	40 giorni
Indennità di gessatura - frattura radiologicamente diagnosticata, senza gessatura ma con immobilizzazione a letto	-	-	20 giorni
Day hospital	-	-	180 giorni con il 50% somma assicurata per la degenza
Ricovero del coniuge non assicurato	-	9 giorni	30 giorni per anno assicurativo
Maggiorazione indennità di degenza	-	66% invalidità	100 giorni per anno assicurativo
Indennità per accompagnatore	-	-	30 giorni entro il massimo di € 50 al giorno

AS - SEZIONE ASSISTENZA PERSONA

Sara Assicurazioni provvede, per il tramite della Struttura Organizzativa di Assistenza di ACI Global Servizi S.p.A., con sede Sociale in Roma - Via Stanislao Cannizzaro n. 83/a 00156 RM - e sede secondaria in Milano - Viale Sarca 336 20126 MI – ad erogare le prestazioni di ASSISTENZA previste alla presente Sezione. Per ottenere una prestazione l'Assicurato dovrà prendere contatto con la Struttura utilizzando uno dei seguenti numeri: Numero verde: 800.095.095; per chi chiama dall'estero : +39.02.66165538; FAX: +39.02.6610044, comunicando: cognome e nome, numero di polizza, tipo di prestazione di cui necessita, indirizzo temporaneo se diverso dal domicilio, recapito telefonico.

La Compagnia rende noto che con la predetta società sussistono rapporti di gruppo, rapporti di affari propri o di società del Gruppo, che potrebbero generare situazioni di conflitto di interesse. A tal riguardo Sara Assicurazioni ha elaborato, attuato e mantiene efficaci presidi organizzativi ed amministrativi per la gestione di tali eventuali situazioni e si impegna comunque ad agire in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei Contraenti.

Che cosa posso assicurare

AS.1 - Cosa si assicura

La Società provvede, per il tramite la Struttura Organizzativa di Assistenza, ad erogare le Prestazioni di Assistenza previste nella presente Sezione, consistenti in aiuto tempestivo, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito rientrante in garanzia.

Contro quali danni posso assicurarmi

AS.2 - Formula Base

La Società, tramite la Struttura Organizzativa, fornisce le prestazioni di assistenza nei modi ed entro i limiti di seguito specificati.

- **Prelievo campioni al domicilio**

Qualora l'Assicurato per motivi di salute, **certificati dal medico curante**, sia impossibilitato a muoversi dal proprio domicilio in Italia ed abbia necessità di esami diagnostici, può richiedere alla Struttura Organizzativa di Assistenza l'organizzazione del prelievo a domicilio dei campioni da analizzare, la consegna al centro analisi convenzionato con la Società e l'invio degli esiti a domicilio.

Il costo degli esami clinici rimane regolato secondo quanto previsto per la garanzia "Visite specialistiche ed esami diagnostici", della Sezione IR - "Interventi chirurgici, ricoveri, parto", ove resa operante.

Negli altri casi, il pagamento del dovuto deve essere effettuato dall'Assicurato al Centro Convenzionato.

La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.

- **Invio medicinali od articoli sanitari al domicilio**

Qualora l'Assicurato, **a causa di infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza, a seguito di prescrizione medica** abbia bisogno di medicine od articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio in Italia per motivi di salute **certificati dal medico curante**, la Struttura Organizzativa di Assistenza, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. **Il costo dei farmaci e degli articoli sanitari è a carico dell'Assicurato.**

La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.

- **Assistenza pediatrica per il figlio assicurato**

Qualora l'Assicurato, **a causa di infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza**, necessiti al proprio domicilio in Italia di un pediatra (**per il figlio assicurato**) in ore notturne od al sabato o nei giorni festivi, potrà rivolgersi alla Struttura Organizzativa di Assistenza che, dopo una prima valutazione telefonica fornita dal medico della Struttura Organizzativa, provvederà ad inviare il medico richiesto.

Qualora l'intervento dello specialista fosse necessario e nessuno dei medici convenzionati fosse disponibile, può essere disposto il trasferimento del malato presso una struttura pubblica mediante autoambulanza.

- **Assistenza cardiologica al domicilio**

Qualora l'Assicurato, **a causa di infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza**, necessiti al proprio domicilio in Italia di un cardiologo in ore notturne od al sabato o nei giorni festivi, potrà rivolgersi alla Struttura Organizzativa di Assistenza che, dopo una prima valutazione telefonica fornita dal medico della Struttura Organizzativa, provvederà ad inviare il medico richiesto.

Qualora l'intervento dello specialista fosse necessario e nessuno dei medici convenzionati fosse disponibile, può essere disposto il trasferimento del malato presso una struttura pubblica mediante autoambulanza.

- **Trasporto in autoambulanza**

Qualora, a seguito di **malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza**, dopo il ricovero di primo soccorso, l'Assicurato necessiti in Italia di un trasporto in autoambulanza, la Struttura Organizzativa di Assistenza invierà direttamente l'autoambulanza.

La Società terrà a proprio carico la relativa **spesa fino alla concorrenza di un importo pari ad € 500 per annualità assicurativa.**

Il costo eccedente il massimale previsto di € 500 per annualità assicurativa, resta a carico dell'Assicurato e sarà regolato direttamente con il fornitore intervenuto.

- **Autista per riportare il veicolo dell'Assicurato alla città di residenza**

Qualora l'Assicurato sia in viaggio in Europa e, **a causa di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza**, venga ricoverato presso un Istituto di cura e pertanto non sia in grado di guidare il proprio veicolo, la Struttura Organizzativa di Assistenza mette a disposizione un autista per ricondurre il veicolo, con eventuali passeggeri, **fino alla città di residenza dell'Assicurato secondo l'itinerario piu' breve.**

Rimangono a carico dell'Assicurato le spese di pedaggio per autostrade, traghetti, ecc. nonche' le spese per il carburante.

- **Informazioni cliniche sul paziente**

Qualora l'Assicurato, **a seguito di infortunio o malattia indennizzabili avvenuti in viaggio**, venga ricoverato in un Istituto di cura sul posto, la Struttura Organizzativa di Assistenza, su richiesta dell'Assicurato e dei suoi familiari, **che dovranno rilasciare il consenso al trattamento dei dati clinici ai medici curanti**, stabilisce un collegamento continuo tra i medici della Struttura Organizzativa di Assistenza ed i medici che hanno in cura il paziente sul posto, mantenendo informati i familiari sull'evoluzione del quadro clinico.

- **Trasmissione messaggi urgenti**

Qualora l'Assicurato, in caso di necessità, sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone residenti in Italia, la Struttura Organizzativa di Assistenza, provvederà all'inoltro di tali messaggi.

- **Trasferimento in centri specializzati**

Qualora l'Assicurato che si trovi in Italia, **a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza**, debba essere ricoverato presso Centri specializzati situati al di fuori della propria regione di residenza, la Struttura Organizzativa di Assistenza, organizza il trasferimento dell'Assicurato presso il Centro individuato, con il mezzo piu' idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea, treno, autoambulanza od altro).

Il mezzo piu' idoneo verrà identificato a discrezione dei medici della Struttura Organizzativa di Assistenza.

La Struttura Organizzativa di Assistenza utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga i paesi europei.

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

Il trasferimento potrà avvenire con l'eventuale accompagnamento di personale medico ed infermieristico.

Per ogni annualità assicurativa la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione ed attivazione del servizio, le spese di trasporto e gli onorari del personale medico e /o infermieristico di accompagnamento, **fino ad un importo globale massimo di € 5.000 per annualità assicurativa.**

Non danno luogo alle prestazioni le terapie riabilitative e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

- **Rimpatrio sanitario**

Qualora **a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza**, le condizioni dell'Assicurato che si trovi all'estero, accertate tramite contatti tra i medici della Struttura Organizzativa di Assistenza ed il medico curante sul posto, rendano necessario e possibile il suo trasporto in un ospedale attrezzato in Italia od alla sua residenza, la Struttura Organizzativa di Assistenza provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa riterranno piu' idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea, treno, autoambulanza od altro).

La Struttura Organizzativa di Assistenza utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi europei.

Il trasporto e' organizzato interamente dalla Struttura Organizzativa di Assistenza ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica od infermieristica, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa stessa.

La Struttura Organizzativa di Assistenza qualora abbia provveduto al rientro dell'assicurato a spese della Società, ha diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alle prestazioni le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Società possono essere curate sul posto e che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali od internazionali.

Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 5.000 per annualità assicurativa.

- **Viaggio di un familiare per raggiungere l'Assicurato ricoverato**

Qualora **a seguito di malattia od infortunio indennizzabile a termini di polizza** l'Assicurato che si trovi in viaggio, **necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni**, la Struttura Organizzativa di Assistenza metterà a disposizione di un componente della famiglia un biglietto aereo di classe economica o ferroviario di prima classe di andata e ritorno per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato **(la scelta del mezzo piu' opportuno e' a discrezione della Struttura Organizzativa di Assistenza)**. La Società terrà a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di € 1.000 per annualità assicurativa.**

Non sono previste le spese di soggiorno del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

- **Rimpatrio della salma**

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, la Struttura Organizzativa di Assistenza, **fino alla concorrenza di € 3.000,00** organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

Rimangono escluse le spese relative all'eventuale recupero della salma, alla cerimonia funebre ed all'inumazione.

- **Invio di somme di denaro per spese mediche all'estero**

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero, **a seguito di malattia od infortunio indennizzabile a termini di polizza**, debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente ed immediatamente, la Struttura Organizzativa di Assistenza, chiederà all'Assicurato di mettere a disposizione della Società in Italia, l'importo richiesto.

Successivamente la Società si impegnerà a pagare sul posto od a far pervenire l'importo suddetto all'Assicurato.

La prestazione non e' operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.

- **Recapito medicinali all'estero**

Qualora, **a seguito di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di polizza**, l'Assicurato che si trovi all'estero, per le cure del caso, necessiti, secondo parere medico, di specialità medicinali irripetibili sul posto **(sempre che commercializzate in Italia)**, la Struttura Organizzativa di Assistenza provvederà ad inviarle con il mezzo piu' rapido, tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.

- **Interprete all'estero**

Qualora l'Assicurato trovandosi in viaggio all'estero, venga ricoverato in un Istituto di cura **a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza** ed abbia difficoltà a comunicare con i medici perchè non conosce la lingua, la Struttura Organizzativa di Assistenza invierà un interprete.

Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 500 per annualità assicurativa.

- **Rientro dei figli minori**

Qualora **a seguito di malattia od infortunio indennizzabile a termini di polizza** l'Assicurato che si trovi in viaggio all'estero in compagnia di figli minori venga ricoverato in Istituto di cura **per un periodo superiore a 10 giorni**, ed abbia necessità di far rientrare i figli al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa di Assistenza provvederà ad organizzarne il rientro, mettendo a disposizione se necessario, biglietti aerei di classe economica o ferroviari di prima classe ed, in caso di minore di anni 15, un accompagnatore.

La Struttura Organizzativa di Assistenza, qualora abbia provveduto al rientro dei minori a spese della Società, ha diritto di richiedere

all'Assicurato, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato dai minori.

La Società terrà a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 1.000 per annualità assicurativa.

La prestazione è operante solo se il rientro dei minori dall'estero non comporta violazione delle disposizioni di legge in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trovano i minori.

AS.3 - Formula aggiuntiva

Se sulla scheda di polizza risulta essere stato selezionato per l'Assicurato anche il "Pacchetto Single", devono intendersi operanti anche le seguenti prestazioni:

✓ **Baby-sitter per minori di anni 15 o badante per persone anziane**

Qualora l'Assicurato, che conviva da solo con minori di anni 15, a seguito di infortunio o malattia, indennizzabili a termini di polizza, debba ricoverarsi presso un istituto di cura, la Società provvede al rimborso delle spese documentate per una baby sitter per un massimo di € 500 per anno assicurativo.

Qualora invece, l'Assicurato che deve ricoverarsi a seguito di un infortunio o di una malattia, indennizzabili a termini di polizza, conviva da solo con familiare anziano non autosufficiente, **con le stesse modalità e negli stessi limiti previsti nella precedente fattispecie**, verranno rimborsate le spese per un infermiere o badante.

Al fine di ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società l'originale delle fatture o ricevute di spesa.

✓ **Pensione per animali domestici**

Qualora l'Assicurato, che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con persona anziana non autosufficiente, a seguito di infortunio o malattia indennizzabili a termini della polizza, debba ricoverarsi presso un istituto di cura, la Società provvederà al rimborso delle **spese sostenute dall'Assicurato** per la pensione per animali domestici di sua proprietà, per un periodo di tempo corrispondente a quello del ricovero, **con il limite complessivo di € 25 al giorno e per un massimo di 60 giorni per anno assicurativo.**

Al fine di ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società l'originale delle fatture o ricevute di spesa e la certificazione del ricovero.

✓ **Assistenza domiciliare**

Qualora l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, **a causa di infortunio o malattia indennizzabile a termini della polizza**, sia degente presso il proprio domicilio in Italia e non sia in grado di espletare le funzioni essenziali (alimentazione, igiene personale, igiene ambientale, deambulazione), la Struttura Organizzativa di Assistenza, valutata l'effettiva necessità, si impegna a fornire entro le 48 ore dalla chiamata un Ausiliare socio-assistenziale **per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa.**

Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

✓ **Invio infermiere a domicilio**

Qualora l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, **a causa di infortunio o malattia indennizzabile a termini della polizza**, sia degente presso il proprio domicilio in Italia ed abbia necessità di sottoporsi a prestazioni infermieristiche, prescritte dal medico, la Società, provvederà all'invio di un infermiere al domicilio dell'Assicurato, **per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa, per effettuare tali prestazioni.**

Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

✓ **Assistenza notturna in Istituto di cura**

Qualora l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, **a causa di infortunio o malattia indennizzabile a termini della polizza**, sia stato ricoverato presso un Istituto di cura, **purche' situato in Italia**, e necessiti di assistenza notturna, la Società previo accordo tra il medico della Struttura Organizzativa di Assistenza ed il medico ospedaliero che ha in cura l'Assicurato, provvederà ad inviare personale socio-assistenziale, presso l'Istituto di cura dove l'Assicurato è ricoverato.

Per ogni anno di validità della copertura la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione e di attivazione del servizio, gli onorari del personale socio-assistenziale **fino ad un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa.**

Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

✓ **Spesa a domicilio e pagamento bollette in scadenza**

Qualora l'Assicurato, che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, si trovi degente presso il proprio domicilio in Italia **a causa di infortunio o malattia invalidanti, indennizzabili a termini della polizza**, la Struttura Organizzativa di Assistenza provvederà al recapito della spesa presso il domicilio dell'Assicurato nonche' al pagamento delle bollette delle utenze in scadenza.

La garanzia è prestata per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa. Restano a carico dell'Assicurato i costi delle merci e delle utenze.

Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

AS.4 - Operatività della garanzia

Il diritto alle Prestazioni di Assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa di Assistenza al verificarsi del sinistro.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni di Assistenza, SARA non è tenuta a fornire Indennizzi o Prestazioni di Assistenza alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Ogni diritto nei confronti di SARA si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra impresa di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del Sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente a SARA nel termine di tre giorni a pena di decadenza.

Nel caso in cui si attivasse altra impresa, le presenti Prestazioni di Assicurazione saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale Indennizzo all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato la Prestazione di Assistenza.

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato nella presente Sezione di norme che regolano le garanzie assistenza, si applicano le disposizioni di legge.

AS.5 - Rischi esclusi

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- a) conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, conosciuti e/o diagnosticati, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- b) aborto volontario non terapeutico;
- c) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- d) prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- e) infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, nonché all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- f) infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);
- g) suicidio e tentato suicidio;
- h) infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura)
- i) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- l) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- m) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza);
- n) cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- o) le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere;
- p) ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici salvo quanto previsto, per la voce "Medicina Preventiva";
- q) le cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatesi successivamente alla stipulazione del contratto, sono escluse in ogni caso le protesi dentarie;
- r) malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della Polizza;
- s) ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- t) conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- u) conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

AS.6 - Operatività garanzie Assistenza

Il diritto alle Prestazioni di Assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa di Assistenza al verificarsi del sinistro.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni di Assistenza, la Società non è tenuta a fornire Indennizzi o Prestazioni di Assistenza alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Ogni diritto nei confronti di SARA si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra impresa di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del Sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente a SARA nel termine di tre giorni a pena di decadenza.

Nel caso in cui si attivasse altra impresa, le presenti Prestazioni di Assicurazione saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale Indennizzo all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato la Prestazione di Assistenza.

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato nella presente Sezione di norme che regolano le garanzie assistenza, si applicano le disposizioni di legge.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti

Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Prelievo campioni a domicilio	-	-	Massimo tre eventi per anno assicurativo
Invio medicinali/articoli sanitari	-	-	Massimo tre eventi per anno assicurativo
Trasporto in ambulanza	-	-	€ 500 per anno assicurativo
Trasferimento in centri specializzati	-	-	€ 5.000 per anno assicurativo
Rimpatrio sanitario	-	-	€ 5.000 per anno assicurativo
Viaggio di un familiare per raggiungere l'Assicurato ricoverato	-	10 giorni di ricovero	€ 1.000 per anno assicurativo
Rimpatrio della salma	-	-	€ 3.000
Interprete all'estero	-	-	€ 500 per anno assicurativo
Rientro figli minori	-	9 giorni	€ 1.000 per anno assicurativo
Baby-sitter per minori di anni 15	-	-	€ 500 per anno assicurativo
Badante per persone anziane	-	-	€ 500 per anno assicurativo
Pensione per animali domestici	-	-	€ 25/giorno, max 60 gg per anno assicurativo
Assistenza domiciliare	-	-	max 15 giorni per annualità assicurativa, e per un massimo di tre volte per anno assicurativo
Invio infermiere a domicilio	-	-	max 15 giorni per annualità assicurativa, e per un massimo di tre volte per anno assicurativo
Assistenza notturna in Istituto di cura	-	-	max 15 giorni per annualità assicurativa, e per un massimo di tre volte per anno assicurativo
Spesa a domicilio e pagamento bollette in scadenza	-	-	max 15 giorni per annualità assicurativa, e per un massimo di tre volte per anno assicurativo

TL - SEZIONE TUTELA LEGALE PERSONA

Che cosa posso assicurare

TL.1 - Oggetto dell'Assicurazione

La Società assume a proprio carico, **nei limiti del massimale per sinistro di euro 20.000 e delle condizioni previste in Polizza**, l'onere delle spese stragiudiziali e giudiziali **conseguenti ad un Sinistro indennizzabile in base alla Sezione - a seconda di quale risulti operante - "Interventi, ricoveri e parto" o "Grandi interventi chirurgici"**.

Esse sono:

- le spese per l'intervento di un legale, sia in sede civile che penale;
- le spese peritali;
- le spese del legale di controparte, in caso di transazione autorizzata dalla Società, o quelle di soccombenza in caso di condanna dell'Assicurato;
- le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di periti in genere, purché concordate con la Società.

Contro quali danni posso assicurarmi

TL.2 - Garanzia prestata

Le garanzie valgono per ottenere il risarcimento di danni di natura contrattuale o extracontrattuale che abbiano determinato lesioni fisiche subite dall'assicurato in conseguenza di eventi derivanti da malpractice medica.

La garanzia opera nei casi di azione nei confronti del medico o dell'operatore sanitario che ha eseguito la prestazione, e nei confronti della struttura sanitaria dove è stata eseguita la prestazione stessa.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

TL.3 - Esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia:

- il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- gli oneri fiscali (bollatura di documenti, spese di registrazione di sentenze e atti in genere, ecc.);
- le spese per controversie derivanti da fatti dolosi dell'Assicurato, salvo se diversamente disposto nelle singole condizioni speciali;
- le spese per controversie in materia penale, amministrativa, fiscale e tributaria;
- le spese per controversie di natura contrattuale nei confronti della Società;
- le spese di domiciliazione.

TL.4 - Insorgenza del caso assicurativo

Le garanzie sono operanti per i Sinistri determinati da fatti verificatisi durante i periodi di validità dell'Assicurazione e precisamente dalle ore 24 del giorno di decorrenza dell'Assicurazione e sempreché i sinistri siano stati denunciati entro 12 mesi dalla cessazione della polizza.

I fatti che hanno dato origine alla controversia s'intendono avvenuti nel momento iniziale della malpractice; qualora il fatto che dà origine al Sinistro si protragga attraverso più atti successivi, esso si considera avvenuto nel momento in cui è stato posto in essere il primo atto.

TL.5 - Validità territoriale

La presente garanzia viene prestata per le sole controversie che insorgano e debbano essere trattate in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

TL.6 - Controversie ed pluralità di Assicurati

Nel caso di controversie tra Assicurati con la stessa Polizza, **la garanzia viene prestata unicamente a favore dell'Assicurato che sia anche Contraente.**

Le controversie promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse, si considerano a tutti gli effetti un unico Sinistro.

In caso di imputazioni a carico di più soggetti assicurati, e dovute al medesimo fatto, il Sinistro è unico a tutti gli effetti.

TL.7 - Limiti di copertura

La presente garanzia viene prestata con il limite di 2 (due) casi insorti in ciascun anno assicurativo.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti

Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Tutela Legale Persona	-	-	20.000 per evento, con il limite di 2 (due) casi insorti per anno assicurativo

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

La denuncia di sinistro, oltre alle modalità previste dalle condizioni contrattuali, può essere inoltrata accedendo all'Area Riservata presente sul sito www.Sara.it utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione. Resta esclusa da tale modalità la garanzia Assistenza laddove presente e sottoscritta.

SXMA - Sezione "Interventi chirurgici, ricoveri e parto" e Sezione "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche"

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

Le disposizioni che seguono valgono per tutte le garanzie della Sezione "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche" - se resa operante - nonché per le garanzie previste dalla Sezione "Interventi chirurgici, ricoveri e parto" - se resa operante - ad eccezione delle seguenti:

- **Trasferimento in centri specializzati**
- **Interprete all'estero, per le quali si intendono valide le previsioni nella Sezione SXAS Sezione Assistenza Persona.**

SXMA.1 - Struttura Organizzativa Salute

Attraverso i numeri verdi di seguito indicati si può accedere alla Struttura Organizzativa Salute, che ha il compito di indennizzare i sinistri relativi alla presente garanzia:

- 800.095.095;
- 0117425692 (solo per chi chiama dall'Estero).

La Struttura Organizzativa Salute osserva i seguenti orari:

lunedì - venerdì ore 08,00 - ore 18

SXMA.2 - Denuncia di sinistro ed obblighi dell'Assicurato

Nel caso in cui l'Assicurato intenda usufruire delle prestazioni dei Centri o dei medici specialisti convenzionati **deve rivolgersi alla Struttura Organizzativa Salute** suindicata: la telefonata è considerata denuncia di sinistro. Qualora sia impossibilitato a telefonare, l'Assicurato può scrivere all'Agenzia o alla Sede legale della Società. Qualora l'Assicurato non si avvalga della rete di strutture convenzionate con la Società, in caso di sinistro, l'Assicurato o chi per lui, **deve darne comunicazione scritta all'Agenzia o alla Sede legale della Società.**

La denuncia dovrà essere corredata da certificazione medica, conforme all'originale della cartella clinica completa.

In caso di infortunio, la denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

SXMA.3 - Criteri di liquidazione

a) Centri e medici specialisti convenzionati

Nel caso di ricorso a strutture convenzionate, l'Assicurato:

- 1) per la scelta del centro convenzionato **prende visione in autonomia dei centri convenzionati** sul portale internet di Sara assicurazioni www.sara.it o **telefona per informazioni alla Struttura Organizzativa Salute;**
- 2) **prenota la prestazione;**
- 3) **procede a richiedere la presa in carico** della prestazione telefonando alla Struttura Organizzativa Salute (qualora l'Assicurato avesse necessità di supporto per la scelta e/o per la prenotazione, la Struttura Organizzativa Salute fornisce la consulenza);
- 4) **la Struttura Organizzativa Salute invia una comunicazione di presa in carico alla struttura convenzionata ed all'Assicurato ed indica all'Assicurato la documentazione medica da presentare;**
- 5) **in caso di diniego della prestazione la Struttura Organizzativa Salute invia una comunicazione all'Assicurato motivandolo.**

L'Assicurato delega la Società, a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spese sostenute per le prestazioni previste dal contratto.

Le prestazioni non sanitarie e non in convenzionamento e comunque quelle non assicurate dalla polizza nonché l'importo in franchigia o lo scoperto saranno invece direttamente pagate dall'Assicurato al Centro e/o al medico specialista convenzionato e/o all'equipe medica convenzionata sulla base della relativa fattura.

L'Assicurato deve inoltre, all'atto di dimissione dal Centro convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal Centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal Centro convenzionato, in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra.

Analoga sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati.

L'assicurato deve inoltre restituire alla Società gli importi eventualmente già pagati dalla stessa per prestazioni sanitarie che, dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica risultino a qualsiasi titolo non indennizzabili

b) Centri e medici specialisti non convenzionati

Nel caso in cui l'Assicurato non si avvalga della rete di strutture e fiduciari convenzionati con la Società, questa provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, nei limiti di polizza - **differenziati a seconda della Formula prescelta da ciascun Assicurato** - previste per le voci "interventi chirurgici e ricoveri", "Parto naturale o cesareo", "Grandi Interventi", secondo le seguenti modalità: il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata **su presentazione degli originali o delle copie conformi all'originale della cartella clinica e della documentazione medica, come da precedente articolo SXMA.2 - "Denuncia di sinistro ed obblighi dell'Assicurato", e della copia delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.**

Qualora l'assicurato abbia presentato a terzi le notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza **dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.**

L'originale delle notule, distinte e ricevute deve comunque essere messa a disposizione della Società in caso di eventuale richiesta.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro. Per i paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

c) Medici specialisti/Equipe mediche non convenzionate nell'ambito di Centri convenzionati, è applicabile la lettera a) del presente articolo per le spese relative al Centro convenzionato.

Per le spese relative all'equipe medica e per le spese previste alla lett. b) dell'articolo MA.2.1- "Interventi chirurgici e ricoveri", lett. b) dell'articolo MA.2.2 - "Parto naturale o cesareo" o lettera b) articolo GI.2 - "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche", è applicabile la lettera b) del presente articolo.

d) indennità di degenza sostitutiva

Per la garanzia Indennità di degenza sostitutiva, il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato al termine del ricovero su **presentazione della cartella clinica**.

SXMA.4 - Controversie - Arbitrato irrituale

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il collegio medico.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, **e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa** salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri sul verbale definitivo.

SXMA.5 - Tempi di liquidazione dell'indennizzo

Dopo aver verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro sessanta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.

SXDC - Sezione Indennità di Degenza Convalescenza e Gessatura

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

SXDC.1 - Struttura Organizzativa Salute

Attraverso i numeri verdi di seguito indicati si può accedere alla Struttura Organizzativa Salute, che ha il compito di indennizzare i sinistri relativi alla presente garanzia:

- 800.095.095;

- 0117425692 (solo per chi chiama dall'Estero).

La Struttura Organizzativa Salute osserva i seguenti orari:

lunedì - venerdì ore 08,00 - ore 18

SXDC.2 - Denuncia di sinistro ed obblighi dell'Assicurato

Qualora l'Assicurato intenda richiedere un' indennità di degenza, convalescenza, gessatura o day hospital, deve darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Sede legale della Società, quanto prima possibile, fermi restando i termini di prescrizione previsti dall'art. 2952 c.c.

La denuncia dovrà essere corredata da certificazione medica.

In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari e produrre copia conforme all'originale della cartella clinica completa.

In caso di infortunio, la denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Tutta la documentazione necessaria deve essere inviata all'Agenzia dove è stata stipulata la polizza od alla Sede legale della Società.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del c.c.

Il pagamento dell'indennizzo per degenza convalescenza e day hospital verrà effettuato al termine del ricovero su presentazione della cartella clinica.

SXDC.3 - Criteri di liquidazione delle Indennità di degenza, convalescenza, gessatura e day hospital

Nei termini e nei limiti previsti all'articolo DC.2 - "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura":

a) La Società corrisponde per ogni giorno di ricovero o gessatura un'indennità giornaliera pari agli importi indicati nella sottostante "Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", corrispondenti alla Formula Diaria prescelta dall'Assicurato ed indicata sul simplo di polizza.

b) La Società, in caso di convalescenza o day hospital, corrisponde un'indennità giornaliera in misura **del 50% dell'importo assicurato per la degenza.**

c) Nel caso previsto dall'articolo DC.3.3 - "Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio che determini un'invalidità permanente grave", la maggiorazione prevista verrà corrisposta al consolidarsi dei postumi di Invalidità permanente.

d) Nel caso previsto all'articolo DC.3.5 - "Indennità per accompagnatore", il rimborso delle spese sostenute per l'accompagnatore verrà effettuato dietro presentazione delle copie delle fatture o ricevute, debitamente quietanzate e con il previsto bollo di tassa pagato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi le fatture o ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro. Per paesi non aderenti all'Euro, il

cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

Il pagamento dell'indennità viene effettuato al termine del ricovero (o day hospital) su presentazione della copia conforme all'originale della cartella clinica. La documentazione verrà restituita all'Assicurato successivamente alla liquidazione dell'indennizzo. In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire alla Società tutte le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

Il pagamento dell'indennità di gessatura viene effettuato al termine del periodo indennizzabile e su presentazione di idonea certificazione medica.

Tabella Indennità di degenza, convalescenza, gessatura

Giorni di ricovero consecutivi	Formula Diaria "25€"	Formula Diaria "50€"	Formula Diaria "100€"
Fino a 11	€ 25	€ 50	€ 100
Da 12 a 20	€ 40	€ 80	€ 160
Da 21 a 44	€ 50	€ 100	€ 200
Da 45 fino a 180	€ 75	€ 150	€ 300
Gessatura	€ 25	€ 50	€ 75

SXDC.4 - Controversie - Arbitrato irrituale

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il collegio medico.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e **sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa** salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri sul verbale definitivo.

SXDC.5 - Tempi di liquidazione dell'indennizzo

Dopo aver verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro sessanta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.

SXAS - Sezione Assistenza Persona

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

Le disposizioni che seguono valgono anche per le garanzie:

- **Trasferimento in centri specializzati**
- **Interprete all'estero, di cui alla Sezione IR- "Interventi chirurgici, ricoveri e parto", se resa operante.**

Premessa

La Società per l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza oggetto della presente garanzia si avvale di una Struttura Organizzativa di Assistenza esterna. SARA per l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza e la gestione dei Sinistri relativi alla garanzia Assistenza si avvale di ACI Global Servizi S.p.A., con sede Sociale in Roma - Via Stanislao Cannizzaro n. 83/a 00156 RM - e sede secondaria in Milano - Viale Sarca 336 20126 MI, autorizzata ai termini di Legge alla prestazione dei servizi oggetto del presente contratto.

In caso di Sinistro l'Assicurato deve rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla Struttura Organizzativa di Assistenza che provvederà all'erogazione delle Prestazioni di Assistenza.

SXAS.1 - Obblighi in caso di sinistro

Per ottenere una Prestazione di Assistenza rientrante tra quelle previste nella presente Sezione, l'Assicurato che si trovi in difficoltà durante il periodo di validità della Polizza, dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, **dovrà prendere contatto con la Struttura Organizzativa di Assistenza**, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, utilizzando uno dei seguenti numeri:

Numero verde: 800.095.095

Per chi chiama dall'estero: +39.02.66165538

Per fax: +39.02.66100944

L'Assicurato dovrà comunicare:

- **il numero di Polizza;**
- **a Prestazione di Assistenza richiesta;**
- **il recapito telefonico;**
- **le proprie generalità complete;**
- **il luogo in cui si trova al momento della richiesta della Prestazione di Assistenza.**

L'Assicurato è tenuto inoltre a fornire, a richiesta della Struttura Organizzativa di Assistenza, ogni documentazione comprovante il diritto alle Prestazioni di Assistenza oggetto della presente garanzia. Tutte le Prestazioni di Assistenza comunque devono essere autorizzate dalla Struttura Organizzativa pena la decadenza da ogni diritto.

Le spese conseguenti alle Prestazioni di Assistenza sono a carico di SARA, nei limiti fissati per ogni garanzia, dove espressamente

indicato.

Negli altri casi sono a carico del Contraente e/o dell'Assicurato.

Ogni comunicazione scritta ed eventuale documentazione andranno inviate all'indirizzo suindicato della Struttura Organizzativa di Assistenza o, in alternativa, trasmesse tramite fax.

L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa di Assistenza che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Le Prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di indennizzo qualora l'Assicurato non si rivolgesse alla Struttura Organizzativa di Assistenza al momento del Sinistro. Viene fatta eccezione per il caso in cui l'Assicurato non potesse mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa di Assistenza per causa di forza maggiore (come ad esempio intervento di forze dell'ordine e/o di servizi pubblici di emergenza), che dovrà essere debitamente documentata (verbale o certificato di pronto soccorso).

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

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di Prestazioni di Assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto nella Polizza o dalla legge.

SXTL - Sezione Tutela Legale Persona

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

SXTL.1 - Denuncia e Gestione del sinistro - Scelta del legale

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Sede legale della Società, quanto prima possibile, fermi restando i termini di prescrizione previsti all'art. 2952 c.c.

Al ricevimento della denuncia di sinistro la Società, d'intesa con l'Assicurato, svolge anzitutto ogni attività idonea a realizzare una bonaria definizione della controversia.

In mancanza di tale definizione, oppure quando vi sia conflitto di interessi o disaccordo nella gestione del sinistro tra la Società e l'Assicurato, quest'ultimo per l'ulteriore tutela dei suoi interessi ha diritto di scegliere un legale di sua fiducia tra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove l'Assicurato ha il proprio domicilio o ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a conoscere della controversia, comunicandone il nominativo alla Società. La Società avvertirà l'Assicurato del suo diritto di scelta del legale.

La designazione del legale di cui al precedente comma dovrà essere comunque fatta quando sia necessaria una difesa penale. L'incarico professionale al legale indicato dall'Assicurato verrà conferito esclusivamente dalla Società e l'Assicurato rilascerà al suddetto legale la necessaria procura.

La Società non è responsabile dell'operato dei legali designati.

Parimenti la Società non risponde delle eventuali iniziative poste in essere dall'Assicurato prima della presentazione della denuncia di sinistro, né del pregiudizio da queste eventualmente derivato. Dopo la presentazione della denuncia di sinistro, l'Assicurato non può dare corso ad alcuna azione o iniziativa né addivenire alla definizione della vertenza senza preventivo benessere della Società, che dovrà pervenire all'Assicurato entro 30 giorni dalla richiesta, pena l'inoperatività della garanzia e l'obbligo di restituire le spese eventualmente anticipate dalla Società.

Negli stessi termini e con adeguata motivazione dovrà essere comunicato il rifiuto del benessere.

L'Assicurato è tenuto a regolarizzare, a proprie spese e secondo le norme fiscali di bollo e di registro, tutti gli atti e documenti occorrenti, nonché ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della vertenza. Nei casi di ottenuta liquidazione o definizione in favore dell'Assicurato, tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi rimarranno di esclusiva spettanza dell'Assicurato stesso, mentre quanto liquidato giudizialmente o transattivamente per spese, competenze ed onorari sarà di esclusiva pertinenza della Società e/o legale designato.

La normativa del presente articolo vale anche, per quanto applicabile, relativamente alla scelta, alla nomina e all'attività professionale dei Periti.

SXTL.2 - Divergenza di valutazioni sul sinistro - Arbitrato

In caso di divergenza di valutazioni tra l'Assicurato e la Società circa la probabilità di esito favorevole di una procedura giudiziale da intraprendere o da coltivare sia in primo che nei superiori gradi di giudizio, ovvero circa la convenienza di una transazione stragiudiziale ottenibile, **la Società non è tenuta a prestare ulteriormente la garanzia per il sinistro in contestazione e sospende le prestazioni in corso dandone comunicazione motivata all'Assicurato.**

L'Assicurato ha facoltà di ricorrere ad una delle seguenti soluzioni, comunicando preventivamente alla Società quella scelta:

- a) **adire l'autorità giudiziaria perché indichi il comportamento da tenersi.**
- b) **promuovere una procedura di arbitrato sui punti controversi, da attuarsi mediante la nomina congiunta di un arbitro scelto di comune accordo o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente ai sensi di legge. Ciascuna delle Parti contribuisce per la metà alle spese della procedura arbitrale, quale che sia l'esito dell'arbitrato.**
- c) **intraprendere o proseguire la procedura giudiziaria a proprie spese. In tal caso la Società è tenuta al rimborso delle citate spese qualora l'esito della procedura sia risultato più favorevole per l'Assicurato di quello ipotizzato o proposto dalla Società stessa. Qualunque sia la soluzione prescelta, l'esposizione complessiva della Società, incluse le eventuali spese sostenute in precedenza, non potrà eccedere il massimale di polizza. La Società avvertirà l'Assicurato del suo diritto di avvalersi delle predette procedure.**

Allegato ALL-GI.1

Elenco Grandi Interventi Chirurgici

(classificazione valida anche per la prestazione di Teleassistenza)

Collo

- Linfettomia cervicale bilaterale
- Tiroidectomia: totale o allargata per neoplasia maligna
- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Interventi sulle paratiroiditi
- Intervento per diverticolo dell'esofago
- Resezione dell'esofago cervicale Addome (parete addominale)
- Laparotomia esplorativa per occlusione con o senza resezione
- Laparotomia esplorativa con sutura viscerale
- Laparotomia per drenaggio di peritoniti
- Intervento per ernie diaframmatiche o per ernie rare (ischiatriche, otturatorie, ecc.)

Peritoneo

- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

Esofago

- Interventi per patologia benigna o maligna dell'esofago toracico
- Interventi con esofagoplastica

Stomaco - Duodeno

- Gastro enterostomia
- Resezione gastrica
- Gastroectomia totale o gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica
- Vagotomia

Intestino

- Enterostomia, ano artificiale e chiusura
- Enteroanastomosi
- Colectomie parziali e colectomia totale

Retto - Ano

- Interventi per neoplasie per retto - ano anche per via addominoperineale
- Prolasso del retto
- Operazione per megacolon
- Proctectomia totale

Fegato

- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi
- Resezioni epatiche
- Esplorazione chirurgica delle vie biliari
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale

Pancreas - Milza

- Interventi per pancreatite acuta e cronica, cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche e neoplasie pancreatiche
- Splenectomia

Torace - Parete Toracica

- Interventi per tumori maligni della mammella
- Resezione costali
- Correzioni di malformazioni parietali
- Trattamento di traumi parietali

Mediastino

- Interventi per ascessi e per tumori

Polmoni

- Interventi per ferite del polmone, ascessi, fistole bronchiali e per echinococco
- Resezione segmentaria e lobectomia
- Pneumectomia

- Broncoscopia operativa
- Tumori della trachea

Cardiochirurgia

- Interventi a cuore chiuso, a cuore aperto per difetti singoli non complicati e per difetti complessi o complicati
- Tutti gli interventi neonatali a cuore aperto con ipotermia profonda e arresto circolatorio
- Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso
- Fistole arterovenose polmonari
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

Neurochirurgia

- Trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare
- Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- Intervento per encefalomeningocele
- Intervento per craniostenosi
- Asportazioni tumori ossei della volta cranica
- Interventi per traumi cranio cerebrali
- Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale o di ematoma epidurale
- Trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e sub-durale
- Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici
- Trattamento percutaneo della nevralgia del trigemino e di altri nervi cranici
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneuris artero-venosi, fistole artero-venose)
- Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazione vascolari intracraniche
- Psicochirurgia
- Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica
- Intervento per epilessia focale e callosotomia
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici anche con interposizione di innesto
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario
- Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazione tumorali ripetitive)
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, ecc.)
- Interventi per traumi vertebro-midollari anche con stabilizzazione chirurgica
- Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore, per via laterale o transtoracica
- Asportazione di ernia del disco lombare
- Spondilolistesi
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, ecc.)
- Cordotomia e mielotomia percutanea
- Cordotomia e mielotomia percutanea
- Applicazione di elettrodi o cateteri endorachidei per trattamento del dolore o altro
- Stabilizzazione di elettrodi o cateteri endorachidei e applicazione stimolatori o reservoir a permanenza

Nervi periferici

- Asportazione tumori dei nervi periferici
- Anastomosi extracranica di nervi cranici
- Interventi sui nervi periferici per neurorrafie, neurolisi, neurotomie, nevrectomie, decompressive
- Interventi sul plesso brachiale

Chirurgia vascolare

- Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale
- Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei seguenti vasi arteriosi (carotidi, vertebrali, succlavia, tronco branchio-cefalico, iliache)
- Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo
- Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale
- Lobolectomia e troabectomia arteriosa per arto
- Interventi per stenosi ed ostruzione della carotide extracranica, succlavia e arteria anonima
- Disostruzione e by-pass arterie periferiche; disostruzione e by-pass aorto-addominale
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca
- Troabectomia venosa periferica: iliaca, cava
- Legatura vena cava inferiore
- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Interventi per innesti di vasi
- Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale
- Interventi sul sistema nervoso simpatico: simpaticectomia cervico toracica, simpaticectomia lombare

Chirurgia pediatrica

- Cranio bifido: con meningocele o con meningoencefalocele

- Craniostenosi
- Idrocefalo ipersecretivo
- Torcicollo miogeno congenito con apparecchio gessato
- Linfangioma cistico del collo
- Neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica
- Osteotomia derotativa per paralisi ostetrica
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Torace ad imbuto e torace carenato
- Stenosi congenita del piloro
- Occlusione intestinale del neonato: malrotazione bande congenite, volvolo; atresie necessità d anastomosi; ileo meconiale
- ileostomia semplice, resezione secondo Mickulicz, resezione con anastomo primitiva
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale; operazione perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Prolasso del retto: operazione addominale
- Teratoma sacrococcigeo
- Megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida: Meningocele; mielomeningocele
- Megacolon: colostomia; resezione anteriore; operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Esonfalo
- Fistole e cisti dell'ombelico: del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

Ortopedia e Traumatologia

- Amputazioni grandi segmenti
- Pseudoartrosi grandi segmenti
- Trattamento delle pseudoartrosi con la tecnica della compressione-distrazione
- Interventi per costola cervicale
- Scapulopessi
- Asportazione di tumori ossei
- Trapianti ossei e protesi articolari dell'anca, spalla e ginocchio
- Trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
- Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Laminectomia decompressiva per neoplasie (senza sintesi)
- Disarticolazioni: grande
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezioni artrodiarisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
- Resezioni del radio
- distale: artrodesizzanti (trapianto o cemento); con trapianto articolare peroneo-pro-radio
- Emipelvectomia ed emipelvectomie "interne" secondo Enneking con salvataggio dell'arto
- Resezione artrodiarisarie del ginocchio: artrodesizzanti (trapianto o cemento più infibulo femore-tibiale sostituzioni con protesi modulari o "custom-made")
- Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento
- Artrodesi grandi (spalla, anca, ginocchio)
- Emiartroplastica
- Vertebrotonomia
- Discectomia per via anteriore: per ernia cervicale; per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Osteosintesi vertebrale
- Artrodesi per via anteriore
- Sindesmotomia
- Pollicizzazione del 2° o altro dito (per tempo operatorio)

Urologia

- Decapsulazione
- Nefropessi
- Lobotomia; lobotomia per biopsia chirurgica e lobotomia per ascessi pararenali
- Nefrectomia: semplice, parziale, allargata per tumore, allargata per tumore con embolectomia
- Resezione renale con clampaggio vascolare
- Nefroureterectomia totale
- Pieloureteroplastica (tecniche nuove)
- Surrenalectomia
- Ureterocistoneostomia: con plastica di riduzione dell'uretere; con prosozzazione vescicale
- Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale
- Emitrignectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovesicolectomia: con ureterosigmoidostomia; con neovescica rettale, con ileo bladder, con ureteroileoanastomosi
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Riparazione di fistola vescico intestinale
- Riparazione fistole vescico vaginali

- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Linfadenectomia locoregionale di staging per ca. prostatico
- Prostatectomia radicale extraponeurotica nerve sparing
- Riparazione distole scrotali o inguinali
- Linfadenectomia retroperineale bilaterale per neoplasia testicolari

Nefrologia

- Fav: impianto di materiale protesico

Ginecologia

- Isterectomia totale per via laparotomica con o senza annessiectomia
- Metroplastica per via laparotomica
- Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero
- Salpingoplastica
- Vulvectomy radicale
- Riparazione chirurgica di fistola: ureterale, vescico-vaginale, retto-vaginale
- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Creazione operatoria di vagina artificiale (con utilizzazione del sigma)

Oculistica

- Odontocheratoprosesi
- Estrazione di corpo estraneo endobulare non calamitabile
- Vitrectomia
- Cheratomileusi
- Epicheratoplastica
- Operazione di Kroenlein od orbitotomia

Orecchio

- Atresia auris congenita: ricostruzione
- Exeresi di neoplasia del padiglione con svuotamento linfoghiandolare
- Trattamento delle petrositi suppurate
- Apertura di ascesso cerebrale per via transmastoidea
- Timpanoplastica in un solo tempo (curativa e ricostruttiva)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Interventi per otosclerosi
- Chirurgia del sacco endolinfatico
- Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- Anastomosi e trapianti nervosi
- Sezione del nervo: cocleare, vestibolare
- Neurinoma dell'VIII paio
- Asportazione di tumori dell'orecchio medio
- Idem del temporale
- Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- Svuotamento con innesto dermoepidermico
- Legatura della vena giugulare previa mastoidotomia
- Distruzione del labirinto
- Chirurgia della sindrome di Ménière
- Operazione radicale per sinusite frontale (operazione di Ogston-Luc)
- Trattamento chirurgico di mucocele frontoetmoidale
- Asportazione di tumori maligni del naso e dei seni
- Apertura del seno sfenoidale
- Intervento per fibroma duro rinofaringeo
- Operazione radicale di sinusite mascellare (operazione di Calwell-Luc)
- Chirurgia della fossa pterigomascellare
- Tumori maligni: del cavo orale e faringei con svuotamento latero-cervicale; parafaringei; di altre se (tonsille, ecc.)
- Asportazione della parotide

Laringe - Trachea - Bronchi - Esofago

- Laringectomia: parziale, sopraglottica, totale, ricostruttiva
- Laringofaringectomia
- Interventi pre paralisi degli abducenti
- Cisti della tiroide
- Svuotamento sottomandibolare bilaterale
- Svuotamento laterocervicale: unilaterale, bilaterale
- Chiusura di fistola esofagea
- Plastiche laringotracheali
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Chirurgia Maxillo-Facciale

- Frattura dei mascellari: terapia chirurgica

Trapianti

- Tutti