

## Informazioni sulla documentazione contrattuale

Con decorrenza 16 maggio 2017 UNIQA Assicurazioni Spa è entrata a far parte del Gruppo Reale Mutua e non ha più alcun rapporto di controllo, di partecipazione o di direzione comune con società appartenenti al Gruppo austriaco UNIQA Insurance Group AG.

Pertanto, nella documentazione relativa alla presente polizza, ogni riferimento a Gruppo UNIQA Italia (o Gruppo austriaco UNIQA Insurance AG) è da intendersi sostituito con Gruppo Reale Mutua.

## Integrazione alla Nota Informativa

I seguenti punti della Nota Informativa sostituiscono integralmente gli stessi riportati nel fascicolo informativo. Tutto il resto rimane invariato.

### 1. Informazioni generali

UNIQA Assicurazioni SpA è un'Impresa con Sede Legale in Italia, autorizzazione D. M. 5716 del 18/08/1966, iscritta all'albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00033. **Società appartenente al Gruppo Reale Mutua e che non ha alcun rapporto di controllo, di partecipazione o di direzione comune con Società appartenenti al gruppo austriaco UNIQA Insurance Group AG.**

- Codice Fiscale/Registro Imprese di Milano n. 01416080156 - R.E.A. n. 688496.
- Sede Legale: Via Carnia 26 - 20132 Milano.
- Recapito Telefonico: 02.2685831 - Sito Internet: <http://www.uniqagroup.it>, e-mail: [posta@uniqagroup.it](mailto:posta@uniqagroup.it).
- Numero verde dedicato agli assicurati: 800 25 27 47.

### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

L'Impresa, sulla base dell'ultimo bilancio approvato riferito al 31/12/2016, dispone di un patrimonio netto pari a 240,98 milioni di Euro di cui 7,76 milioni di Euro relativi a capitale sociale e 229,60 milioni di Euro relativi a riserve di patrimonio netto.

Gli indici di solvibilità, regime Solvency II, al 31/12/2016 sono pari a: 2,8245 che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su SCR (Requisito Patrimoniale di Solvibilità) e 9,5425 che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su MCR (Requisito Patrimoniale Minimo).

***UNIQA Assicurazioni SpA è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente integrazione alla Nota Informativa.***

Il Rappresentante Legale  
Michele Meneghetti



# Salute & Senzatempo

Diaria da ricovero a Vita Intera

Modello F012004 - Edizione luglio 2015

## Contratto di Assicurazione Malattia

**Il presente Fascicolo Informativo, contenente:**

- a) Nota Informativa, comprensiva del Glossario;
- b) Condizioni di Assicurazione;

**deve essere consegnato al contraente  
prima della sottoscrizione del contratto.**

**Prima della sottoscrizione  
leggere attentamente la Nota Informativa.**

UNIQA Assicurazioni SpA



# Indice

a) Nota Informativa,  
comprensiva del  
glossario  
(pag. 1 - 6)

Nota Informativa.....	1
A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione.....	1
B. Informazioni sul contratto .....	1
C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami .....	4
 Glossario .....	 5

b) Condizioni di  
assicurazione  
(pag. 1 - 16)

Condizioni di Assicurazione	
Norme che regolano l'Assicurazione in generale.....	1
Norme che regolano l'Assicurazione "Diaria da ricovero" .....	5
Norme operanti in caso di sinistro.....	8
 Sezione Assistenza (Tariffa AS54)	
Norme che regolano l'Assicurazione "Assistenza" .....	9
 Allegato I	
Elenco Grandi Interventi Chirurgici.....	15



# a) Nota Informativa

## CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MALATTIA

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Nella presente Nota Informativa e nelle Condizioni di Assicurazione, le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" sono evidenziate in *grassetto corsivo* e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella presente Nota Informativa e nel Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet: [www.uniqagroup.it](http://www.uniqagroup.it).

UNIQA Assicurazioni SpA comunicherà per iscritto al Contraente le modifiche derivanti da future innovazioni normative.

È inoltre prevista per il Contraente o gli aventi diritto la facoltà di richiedere alla Società, secondo le modalità rese note sul sito internet [www.uniqagroup.it](http://www.uniqagroup.it), le credenziali di accesso alla propria area riservata, indicando le proprie generalità comprensive di un indirizzo e-mail valido al quale la Società potrà trasmettere le opportune comunicazioni.

## A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

### 1. Informazioni generali

UNIQA Assicurazioni SpA è un'impresa con Sede Legale in Italia, appartenente al Gruppo UNIQA Italia, autorizzazione D. M. 5716 del 18/08/1966, iscritta all'albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00033. Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di UNIQA Insurance Group AG.

- Codice Fiscale/Registro Imprese di Milano n. 01416080156 - R.E.A. n. 688496.
- Sede Legale: Via Carnia 26 - 20132 Milano.
- Recapito Telefonico: 02.2685831 - Sito Internet: <http://www.uniqagroup.it>, e-mail: [posta@uniqagroup.it](mailto:posta@uniqagroup.it).
- Numero verde dedicato agli assicurati: 800 25 27 47.

### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa.

L'Impresa, sulla base dell'ultimo bilancio approvato riferito al 31/12/2014, dispone di un patrimonio netto pari a 239,52 milioni di Euro di cui 7,76 milioni di Euro relativi a capitale sociale e 228,48 milioni di Euro relativi a riserve di patrimonio netto. L'indice di solvibilità al 31/12/2014, rappresentato come rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine richiesto dalla normativa vigente, è risultato pari al 1.127,53%.

## B. Informazioni sul contratto

La presente polizza può essere stipulata di durata annuale o poliennale con tacita proroga. Pertanto la scadenza contrattuale viene automaticamente prorogata di anno in anno, salvo disdetta. Per maggiori informazioni si rinvia all'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

#### **AVVERTENZA**

*Indipendentemente dalla durata contrattuale, è facoltà del Contraente disdire il contratto ad ogni scadenza annuale mediante l'invio di una lettera raccomandata alla Società almeno 60 giorni prima della scadenza annuale. In assenza di tale comunicazione l'assicurazione è prorogata di un ulteriore anno e così successivamente.*

#### **3. Coperture assicurative offerte - limitazioni ed esclusioni**

La Società corrisponde una diaria forfetaria nella misura delle prestazioni indicate nelle tariffe per ogni giorno di ricovero dovuto a malattia, infortunio o parto indipendentemente dalle spese sostenute. Il giorno di entrata in Istituto di cura e il giorno di dimissione sono considerati ai fini assicurativi un solo giorno.

Per maggiori chiarimenti in merito all'oggetto dell'assicurazione di rinvia all'art. 21 delle Condizioni di Assicurazione.

#### **AVVERTENZA**

*Le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dare luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.*

#### **RISCHI ESCLUSI**

La polizza prevede alcuni rischi per i quali la copertura assicurativa non opera mai.

*Per maggiori dettagli in merito all'elenco completo delle Esclusioni si rinvia all'art. 14 delle Condizioni di Assicurazione.*

#### **SOSPENSIONE**

*Le garanzie restano sospese in caso di mancato pagamento del premio come previsto dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.*

#### **4. Periodi di carenza contrattuali**

In caso di malattia le garanzie operano trascorsi i termini previsti dall'art. 15 delle Condizioni di Assicurazione da computarsi a partire dalla data di pagamento del primo premio.

#### **5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario - Nullità**

#### **AVVERTENZA**

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

#### **AVVERTENZA**

*Le Condizioni di Assicurazione non prevedono cause di nullità diverse da quelle previste dalla Legge.*

#### **6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione**

L'Assicurato è esonerato dal comunicare alla Società eventuali aggravamenti o diminuzioni del rischio; l'Assicurato non è obbligato a comunicare alla Società variazioni della professione.

#### **7. Premi**

Salvo il caso di contratto di durata inferiore a un anno, il premio di polizza ha cadenza annuale, tuttavia è possibile concordare il frazionamento semestrale, quadrimestrale o trimestrale del premio annuo applicando interessi di frazionamento **del 3% sul premio annuo.**

Per il pagamento del premio sono previsti i seguenti metodi di pagamento:

- bonifico bancario, versamento su conto corrente postale;
- assegno circolare;
- assegno bancario;
- eventuali carte di credito e POS se disponibili presso gli intermediari;
- contanti nel limite di Euro 750,00 annui per singolo contratto come previsto dall'art. 47, comma 3 del Regolamento IVASS n. 5.

#### **AVVERTENZA**

*Il premio può prevedere i seguenti sconti:*

*sconto per numero di teste assicurate:*

*verrà applicato in funzione del numero di persone assicurate; lo sconto ammonta al 5% in caso di due persone assicurate; 10% in caso di tre persone assicurate; 15% in caso di 4 o più persone assicurate.*

#### **8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate**

Il presente contratto non prevede indicizzazione.

#### **9. Diritto di recesso**

##### **AVVERTENZA**

*Il Contraente può inviare disdetta mediante lettera raccomandata da inviare alla Società almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.*

*La Società non può mai recedere.*

#### **10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto**

Come disciplinato dall'art. 2952 del Codice Civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

#### **11. Legge applicabile al contratto**

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana.

#### **12. Regime fiscale**

Le imposte e gli oneri parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Il contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo la seguente aliquota attualmente vigente:

- Malattia: 2,5%.
- Assistenza: 10%.

Le imposte e gli oneri parafiscali relativi al premio corrisposto e non usufruito non potranno essere rimborsati.

## C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

### 13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

#### **AVVERTENZA**

*Per insorgenza del sinistro si intende il momento in cui si verifica l'evento per il quale è prestata l'assicurazione.*

*Al verificarsi di quanto sopra, l'Assicurato deve darne comunicazione entro 30 giorni a mezzo lettera raccomandata.*

*Per maggiori dettagli in merito alla procedura di liquidazione si rinvia agli art. 24 delle Condizioni di Assicurazione.*

### 14. Assistenza diretta - Convenzioni

Questo contratto non prevede assistenza diretta o convenzionamenti.

### 15. Reclami

Eventuali reclami nei confronti della Società, riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto a:

*Ufficio Reclami*

*UNIQA Assicurazioni S.p.A. - Via Carnia, 26 - 20132 Milano*

*Fax: 02/28189677 - e-mail: reclami@uniqagroup.it.*

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, fax n. 06.421.33.353/745, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società, utilizzando l'apposito modulo disponibile sul sito internet della Compagnia [www.uniqagroup.it](http://www.uniqagroup.it) oppure su quello di IVASS [www.ivass.it](http://www.ivass.it).

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET.

Per le controversie in materia di contratti assicurativi ciascuno, tramite il proprio difensore, può accedere alla mediazione di cui al D.Lgs. 04/03/2010 n. 28. Per tali controversie l'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità delle domande giudiziali, fatte salve le eccezioni previste dallo stesso D.Lgs.

Al procedimento di mediazione si applica il regolamento dell'organismo scelto dalle parti. Gli atti del procedimento di mediazione non sono soggetti a formalità. La mediazione può svolgersi secondo modalità telematiche previste dal regolamento dell'organismo.

La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza presso un organismo abilitato nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia, che indichi l'organismo, le parti, l'oggetto e le ragioni della pretesa.

Per le controversie aventi ad oggetto una domanda di pagamento a qualsiasi titolo di somme non eccedenti cinquantamila euro, si applica la disciplina di cui all'art. 3 D.L. 12/09/2014 n. 132, la cosiddetta negoziazione assistita, esperibile solo con l'assistenza di un difensore. L'esperimento del procedimento di negoziazione assistita è condizione di procedibilità delle domande giudiziali, fatte salve le eccezioni previste dallo stesso D.L.

Sia la mediazione sia la negoziazione assistita (salvo per quest'ultima che si tratti di obbligazione contrattuale e di contratto di assicurazione tra professionista e consumatore) sono obbligatorie laddove si voglia poi instaurare la relativa azione giudiziaria.

### 16. Arbitrato

Per la risoluzione di eventuali controversie è previsto l'arbitrato. Per maggiori dettagli in merito all'arbitrato si rinvia all'art. 25 delle Condizioni di Assicurazione.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è il comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

#### **AVVERTENZA**

*In ogni caso è possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.*

# Glossario

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

<b>Assicurato:</b>	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
<b>Assicurazione:</b>	il contratto di assicurazione.
<b>Consumatore:</b>	la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta (art. 3 Codice del Consumo).
<b>Contraente:</b>	il soggetto che stipula l'assicurazione.
<b>Convalescenza:</b>	stato intermedio tra la dimissione da ricovero e la completa normalizzazione dell'organismo.
<b>Day hospital:</b>	la degenza in Istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
<b>Day surgery:</b>	la degenza in Istituto di cura a regime esclusivamente diurno, <b>finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico.</b>
<b>Diaria da ricovero:</b>	l'importo dovuto dalla Società, in forma forfetaria, per ogni giorno di ricovero.
<b>Franchigia:</b>	numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
<b>Grande Intervento Chirurgico:</b>	gli interventi chirurgici indicati nell'Allegato 1 del presente fascicolo.
<b>Indennizzo:</b>	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>Infortunio:</b>	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce la morte o lesioni fisiche dell'Assicurato oggettivamente constatabili.
<b>Intervento chirurgico:</b>	atto medico, praticato in Istituto di cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione di tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa (laser).
<b>Istituto di cura:</b>	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie, anche in regime di degenza diurna. <b><i>Non si considerano istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza, le case di riposo o di soggiorno, le case aventi prevalentemente finalità del benessere, nonché le Residenze Sanitarie Assistenziali.</i></b>
<b>Malattia:</b>	ogni alterazione obiettiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.
<b>Malattia preesistente:</b>	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche, malformazioni o difetti fisici preesistenti o insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto.

<b>Malformazione - difetto fisico:</b>	alterazione organica, congenita o acquisita, evidente o clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della polizza.
<b>Parti:</b>	il Contraente e la Società.
<b>Polizza:</b>	il documento che prova l'assicurazione.
<b>Premio:</b>	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
<b>Ricovero:</b>	la degenza dell'Assicurato in Istituto di cura, conseguente a malattia e/o infortunio, che comporti almeno un pernottamento.
<b>Rischio:</b>	la probabilità che si verifichi il sinistro.
<b>Sinistro:</b>	il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.
<b>Società:</b>	<b>UNIQA Assicurazioni SpA.</b>

*UNIQA Assicurazioni SpA è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.*

I Rappresentanti Legali  
Michele Meneghetti      Gottfried Nagler




## b) Condizioni di Assicurazione

### Norme che regolano l'Assicurazione in generale

#### Art. 1 - Altre assicurazioni

*Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa della comunicazione può comportare la perdita del diritto al rimborso. In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno di essi il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).*

#### Art. 2 - Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di 1 anno ed è interamente dovuto dal Contraente, anche se sia stato concordato il frazionamento in più rate.

*Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza. Trascorso tale termine la Società può recedere dal contratto (vedi art. 17 lettera b).*

*L'assicurazione riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.*

*In caso di mancato pagamento del premio oltre 90 giorni dalla scadenza, i termini di aspettativa di cui all'art. 15 decorreranno nuovamente dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.*

I premi devono essere pagati all'Intermediario presso il quale è assegnata la polizza o direttamente alla Società.

*Il premio è determinato dall'età dell'Assicurato al momento della stipulazione della polizza.*

*Il premio così determinato resta costante per tutta la durata del contratto di assicurazione.*

Nessun aumento è dovuto per aggravamenti dello stato di salute dell'Assicurato avvenuti successivamente alla stipulazione del contratto.

#### Art. 3 - Indicizzazione

Il presente contratto non prevede indicizzazione.

#### Art. 4 - Rinuncia al diritto di surrogazione (art. 1916 del Codice Civile)

La Società rinuncia al diritto di surrogazione nei confronti delle seguenti persone:

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

#### Art. 5 - Assicurazione per conto altrui

Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

- Art. 6 - Proroga dell'assicurazione - Obbligo al rinnovo da parte della Società**  
*La Società si obbliga a rinnovare l'assicurazione ad ogni scadenza contrattuale per tutto il periodo in cui resta in vita l'Assicurato ed alle condizioni di premio derivanti dal contratto, ferme restando le altre Condizioni di Assicurazione.*  
*Il Contraente, indipendentemente dalla durata del contratto, ha facoltà di recedere dall'assicurazione ad ogni scadenza annuale inviando disdetta mediante lettera raccomandata alla Società almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.*  
*In assenza di tale comunicazione l'assicurazione è prorogata per 1 anno e così successivamente.*  
In caso di mancato rinnovo dell'assicurazione non si applica quanto disposto all'art. 1901, comma 2, del Codice Civile.
- Art. 7 - Modifiche dell'assicurazione**  
*Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.*
- Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società**  
*Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto nei confronti della Società dovranno essere fatte esclusivamente per iscritto, telefax o posta elettronica alla Direzione della Società.*
- Art. 9 - Foro competente**  
Nel caso in cui il Contraente sia Consumatore il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo in Italia del Contraente.  
Nel caso in cui il Contraente non sia Consumatore il Foro competente è, a scelta della parte attrice, quello del luogo ove ha sede legale il Contraente o la Società.
- Art. 10 - Oneri fiscali**  
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.
- Art. 11 - Titolarità dei diritti nascenti dal contratto**  
Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dal contratto non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.
- Art. 12 - Legge applicabile e rinvio**  
Il presente contratto è regolato dalla legge italiana, da ritenersi applicabile anche per tutto quanto non è qui diversamente regolato.
- Art. 13 - Persone non assicurabili**  
*Non sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione della polizza, siano affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza, acquisita (AIDS).*  
*In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, si applica quanto disposto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.*  
*L'assicurazione può essere stipulata a favore di persone che, al momento della stipulazione della polizza, abbiano un'età superiore a 17 anni e inferiore a 66 anni, salvo patto speciale. Per neonati la garanzia decorrerà immediatamente dal momento della nascita a condizione che siano assicurati i genitori e che la regolazione del contratto (comunicazione dei dati anagrafici alla Società, modifica del contratto e pagamento del relativo premio) avvenga entro 30 giorni dalla nascita.*

## Art. 14 - Rischi esclusi dall'assicurazione

*L'assicurazione non comprende:*

- a) *le conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione della polizza e già note all'Assicurato anche se comunicate dallo stesso in qualsiasi forma all'atto dell'assunzione del rischio o venute a conoscenza della Società anche successivamente attraverso questionario anamnestico, cartelle cliniche, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'Assicurato prima della stipulazione della polizza. L'eventuale assicurazione di tali situazioni fisiche e/o stati patologici preesistenti può essere prestata solo mediante patto speciale che deve risultare esplicitamente in polizza;*
- b) *le malformazioni e anomalie congenite ad eccezione di quelle clinicamente non evidenti;*
- c) *le malattie, infortuni, e loro conseguenze dovuti a: tentato suicidio, alcoolismo e tossicodipendenza, malattie/infermità mentali, sindromi organico cerebrali (di tipo psichiatrico), schizofrenia, disturbi paranoidi, forme maniaco depressive, ivi compresi i comportamenti nevrotici, abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, anfetamine e simili, risse, delitti, aggressioni o atti violenti anche a movente politico (salvo partecipazione involontaria), atti di guerra, operazioni militari, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni o altre calamità naturali, malattie e infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.) salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- d) *la sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);*
- e) *le conseguenze della pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti, anche se esercitati non professionalmente: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme e arti marziali, alpinismo con scalata di roccia od accesso ai ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, free-climbing, kayak, rafting, jumping, bob, rugby e football americano, immersione con autorespiratore, motocross, giri su pista, paracadutismo e sport aerei in genere (ivi compresi i voli con deltaplano, ultraleggeri e simili);*
- f) *le conseguenze di infortuni derivanti dalla guida di veicoli o natanti se il conducente assicurato è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi con un tasso di alcolemia pari o superiore a 1,2 grammi/litro;*
- g) *gli infortuni e loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a gare, relative prove ed allenamenti effettuate sotto l'egida della federazione sportiva di appartenenza, salvo che si tratti di gare podistiche, pesca non subacquea, gare di bocce, tiro con l'arco, tennis, golf, sci di fondo, pattinaggio; sono inoltre esclusi gli infortuni e le loro conseguenze derivanti da sport in ordine ai quali l'Assicurato percepisca una remunerazione, salvo patto speciale;*
- h) *le prestazioni aventi finalità estetiche e le relative conseguenze (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni verificatisi in vigenza di polizza);*
- i) *le cure dentarie di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, con o senza intervento chirurgico anche se effettuate in istituti di cura con ricovero, cure paradontali, e le relative conseguenze anche patologiche, salvi i casi di cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o di infortunio;*
- j) *i soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo, cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, ospedali militari, ospizi per le persone anziane, ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana. Sono inoltre esclusi i ricoveri per cure dimagranti e simili, per fitoterapia, ginnastica passiva, sauna, autoemoterapia, ozonoterapia, riflessoterapia;*
- k) *le prestazioni finalizzate al trattamento della sterilità, impotenza, nonché tutte le procedure per la fecondazione assistita;*
- l) *gli aborti, salvo i ricoveri per aborto terapeutico effettuati entro il territorio della Repubblica Italiana;*
- m) *la riabilitazione e fisioterapia; la presente esclusione non si applica a quanto previsto all'art. 22 lettere C.;*
- n) *le malattie e/o infortuni intenzionalmente procurati;*
- o) *la correzione dei difetti di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, ecc.).*

#### Art. 15 - Termini di aspettativa - Carenze

*Fermo il disposto dell'art. 2 - "Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione", la garanzia decorre dalle ore 24.00:*

- a) del giorno di pagamento del premio per gli infortuni;*
- b) del 30° giorno successivo a quello di pagamento del premio per le malattie di acuta insorgenza;*
- c) del 100° giorno successivo a quello di pagamento del premio per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, non conosciute e/o non diagnosticate al momento del pagamento del premio;*
- d) del 270° giorno successivo a quello di pagamento del premio per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, la garanzia decorre dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza del contratto, purchè dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo tale data.*

*Qualora il presente contratto sostituisca altro contratto - stipulato con la stessa Società - senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati ed identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:*

- a) dal giorno in cui aveva effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;*
- b) dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da esso previste.*

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

*Per le malattie che si manifestano durante il periodo di aspettativa non è previsto alcun rimborso. Qualora la malattia dovesse manifestarsi nuovamente dopo il periodo di aspettativa l'Assicurato avrà diritto alla garanzia solo quando siano trascorsi 3 mesi fra la guarigione clinica della malattia e la ricaduta.*

#### Art. 16 - Ambito territoriale e temporale dell'assicurazione

*L'assicurazione vale in tutto il mondo.*

*Sotto il profilo temporale l'assicurazione è operante per i ricoveri effettuati nel periodo di validità dell'assicurazione a condizione che la malattia o l'infortunio che li hanno determinati si siano verificati o siano stati diagnosticati nel medesimo periodo.*

#### Art. 17 - Facoltà della Società di non rinnovare l'assicurazione

*Esclusivamente nel seguenti quattro casi la Società non è obbligata a rinnovare l'assicurazione:*

- a) comportamenti del Contraente o dell'Assicurato atti a esagerare dolosamente l'entità del sinistro;*
- b) mancato pagamento del premio entro il 30° giorno dalla scadenza come da art. 2 - "Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione", secondo comma: se la Società intende avvalersi di tale facoltà deve darne comunicazione al Contraente mediante lettera raccomandata nella quale si precisa che, trascorsi ulteriori 14 giorni senza pagamento del premio, l'assicurazione cessa alle ore 24.00 del giorno di scadenza per il quale il premio non è stato pagato;*
- c) cessazione del Contraente se questo non è persona fisica; se il Contraente è una persona fisica in caso di sua scomparsa. In tali casi la Società è obbligata a rinnovare il contratto con gli Assicurati della medesima polizza che ne facciano richiesta entro 60 giorni dalla scadenza annuale ed i premi saranno pari a quelli che sarebbero stati per loro dovuti se non ci fosse stata la cessazione/scomparsa del Contraente;*
- d) mancata accettazione da parte del Contraente delle eventuali variazioni ai sensi dell'art. 18 - "Revisione tecnica del premio".*

#### Art. 18 - Revisione tecnica del premio

Qualora si verificassero variazioni significative ed oggettive nel Servizio Sanitario Nazionale, per tali intendendosi (a titolo esemplificativo e non esaustivo): non obbligatorietà dello stesso, riduzione delle prestazioni (per ricoveri, interventi chirurgici, visite o esami) dallo stesso fornite, o variazioni significative ed oggettive delle basi statistiche attuariali utilizzate per la determinazione della tariffa (quali ad esempio l'evoluzione del costo e/o della frequenza delle prestazioni; evoluzione delle basi demografiche, del tasso di storno e della speranza di vita), la Società si riserva la facoltà di variare il premio in corso.

La variazione verrà applicata alla totalità delle polizze stipulate con la Società denominate Salute & Senzatempe - Diaria da ricovero a Vita intera, Formula "Standard" (in breve Tariffa DSU), Formula "TOP" (in breve Tariffa TPU).

Resta inteso che tale variazione non terrà conto dell'eventuale aggravamento dello stato di salute del singolo Assicurato determinatosi successivamente alla stipulazione del contratto. La Società comunica il nuovo premio al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza annuale e, qualora il Contraente non intendesse accettare le nuove condizioni di premio, avrà la facoltà di astenersi dal pagamento del premio in deroga a quanto stabilito dall'art. 6 - "Proroga dell'assicurazione - Obbligo al rinnovo da parte della Società" ed il contratto si risolverà alla scadenza senza necessità di disdetta.

#### Art. 19 - Cambio di residenza del Contraente e/o degli Assicurati all'estero

Qualora il Contraente e/o gli Assicurati dovessero trasferire la loro residenza all'estero l'assicurazione, per l'Assicurato che si è trasferito, cesserà di avere validità alla fine dell'anno assicurativo nel quale si è verificato il trasferimento. Nel caso di polizza individuale (Contraente = Assicurato) il contratto cesserà automaticamente al termine dell'annualità di premio. In tutti gli altri casi, il premio sarà aggiornato, alla scadenza annuale del contratto, in base agli assicurati rimasti in garanzia.

#### Art. 20 - Sanzioni internazionali

Le garanzie operano esclusivamente nella misura e per il periodo in cui non siano in contrasto con sanzioni economiche, commerciali o finanziarie e/o embarghi imposti dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite (ONU), dall'Unione Europea (UE), dagli Stati Uniti d'America (USA) o dallo Stato Italiano, direttamente applicabili al Contraente e/o alle persone assicurate.

## Norme che regolano l'Assicurazione "Diaria da ricovero"

#### Art. 21 - Oggetto dell'Assicurazione

A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione e delle tariffe applicate la Società corrisponde una diaria forfetaria nella misura delle prestazioni indicate nelle relative tariffe, per ogni giorno di ricovero dovuto a malattia, infortunio o parto, indipendentemente dalle spese sostenute.

Ai fini assicurativi il giorno di entrata in Istituto di cura e il giorno di uscita sono considerati un solo giorno.

#### Art. 22 - Prestazioni e somme assicurate

##### 22.1 - FORMULA "STANDARD" - (tariffa DSU)

Tariffe	DSU025	DSU050	DSU075	DSU100	DSU125	DSU150	DSU200
Diaria da Malattia	25,00	50,00	75,00	100,00	125,00	150,00	200,00
Diaria da Infortuni	37,50	75,00	112,50	150,00	187,50	225,00	300,00
Diaria da Grandi Interventi Chirurgici (come da allegato 1)	50,00	100,00	150,00	200,00	250,00	300,00	400,00

**Secondo le seguenti modalità, sono inoltre compresi i ricoveri relativi a:**

- A. **Parto:** il ricovero relativo a parto verrà indennizzato con la diaria prevista per la "Diaria da malattia".
- B. **Day Hospital:** per Day Hospital di durata superiore a 2 giorni, anche non consecutivi, purchè dalla documentazione dell'Istituto di cura risulti che sono stati resi necessari dalla medesima causa verrà corrisposto il 50% della diaria prevista per la "Diaria da malattia".
- C. **Day Surgery:** prestazione assistenziale di ricovero in Istituto di cura pubblico, privato accreditato o privato non accreditato finalizzata ad un intervento chirurgico o procedura invasiva che comporta la permanenza dell'assicurato all'interno della struttura per parte della giornata. All'assicurato viene attribuito un posto letto attrezzato. L'assistenza in Day Surgery è prevista per l'esecuzione di interventi chirurgici e procedure che per complessità di esecuzione, durata dell'intervento, rischi di complicazioni sono eseguibili in sicurezza senza la necessità di una osservazione post operatoria prolungata e che, in ogni caso, non richiede osservazione notturna.  
Per tale prestazione viene riconosciuta all'assicurato un giorno di diaria corrispondente senza convalescenza ed è garantita fino ad un massimo di tre volte in un anno assicurativo.
- D. **Elisoccorso:** rimborso delle spese di trasporto in elisoccorso all'Istituto di cura in Italia fino alla concorrenza di 5 volte la diaria da infortunio.
- E. **Riabilitazione:** relativamente ai ricoveri per riabilitazione e/o prestazioni fisioterapiche, qualsiasi sia la durata del ricovero, la garanzia viene prestata per un numero di giorni pari alla durata del ricovero stesso fino ad un massimo di 20 giorni. La diaria giornaliera che verrà riconosciuta sarà pari alla diaria corrispondente. **La diaria per riabilitazione e la diaria per convalescenza non sono cumulabili.**
- F. **Convalescenza da Infortunio:** a seguito di un ricovero dovuto a infortunio, indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponderà, quale convalescenza, per un numero di giorni pari a quelli di ricovero una diaria giornaliera così quantificata:
- dal 1° al 30° giorno: una diaria pari ad un terzo della diaria da infortunio;
  - dal 31 giorno: una diaria pari alla diaria da infortunio.

## Prestazioni aggiuntive

(operanti solo se richiamate in polizza)

### G. **Convalescenza da parto/malattia:**

- **da parto:** a seguito di un ricovero dovuto a parto, indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde, quale convalescenza, una diaria pari alla metà della diaria da malattia per un numero di giorni pari a quelli del ricovero.
- **da malattia:** a seguito di un ricovero dovuto a malattia, indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde, quale convalescenza, per un numero di giorni pari a quelli del ricovero, una diaria giornaliera così quantificata:
  - dal 1° al 30° giorno: una diaria pari alla metà della diaria da malattia;
  - dal 31 giorno: una diaria pari alla diaria da malattia.

**Per la convalescenza da malattia sono riconosciuti un minimo di 7 giorni.**

- H. **Ingessatura (non valida per i minori):** tale prestazione aggiuntiva è di **durata annuale** e per la stessa **non è operante il primo comma dell'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.** Nel caso di infortunio con conseguente ingessatura o applicazione di apparecchio terapeutico rigido e inamovibile e/o fissatore esterno, derivato da lesioni tendinee, frattura o lussazione degli arti o del tronco, la Società corrisponderà la diaria giornaliera da infortunio dal giorno di applicazione risultante dal certificato medico rilasciato dal pronto soccorso al giorno di rimozione risultante dal certificato medico rilasciato dal pronto soccorso o da personale medico all'uopo abilitato per un periodo massimo di 50 giorni per ogni infortunio.

**Se l'infortunio comporta sia il ricovero che la gessatura, la diaria da gessatura verrà corrisposta a partire dal giorno della dimissione.**

## 22.2 - FORMULA "TOP" - (tariffa TPU)

Tariffe	TPU025	TPU050	TPU075	TPU100	TPU125	TPU150	TPU200
Diaria da Malattia	25,00	50,00	75,00	100,00	125,00	150,00	200,00
Diaria da Infortuni	37,50	75,00	112,50	150,00	187,50	225,00	300,00
Diaria da Grandi Interventi Chirurgici (come da allegato 1)	50,00	100,00	150,00	200,00	250,00	300,00	400,00

*Secondo le seguenti modalità, sono inoltre compresi i ricoveri relativi a:*

- A. **Parto:** il ricovero relativo a parto verrà indennizzato con la diaria prevista per la "Diaria da malattia".
- B. **Day Hospital:** per Day Hospital di durata superiore a 2 giorni, anche non consecutivi, purchè dalla documentazione dell'Istituto di cura risulti che sono stati resi necessari dalla medesima causa verrà corrisposto il 50% della diaria prevista per la "Diaria da malattia".
- C. **Day Surgery:** prestazione assistenziale di ricovero in Istituto di cura pubblico, privato accreditato o privato non accreditato finalizzata ad un intervento chirurgico o procedura invasiva che comporta la permanenza dell'assicurato all'interno della struttura per parte della giornata. All'assicurato viene attribuito un posto letto attrezzato. L'assistenza in Day Surgery è prevista per l'esecuzione di interventi chirurgici e procedure che per complessità di esecuzione, durata dell'intervento, rischi di complicazioni sono eseguibili in sicurezza senza la necessità di una osservazione post operatoria prolungata e che, in ogni caso, non richiede osservazione notturna.  
Per tale prestazione viene riconosciuta all'assicurato un giorno di diaria corrispondente senza convalida ed è garantita fino ad un massimo di tre volte in un anno assicurativo.
- D. **Elisoccorso:** rimborso delle spese di trasporto in elisoccorso all'Istituto di cura in Italia fino alla concorrenza di 10 volte la diaria da infortunio.
- E. **Riabilitazione:** relativamente ai ricoveri per riabilitazione e/o prestazioni fisioterapiche, qualsiasi sia la durata del ricovero, la garanzia viene prestata per un numero di giorni pari alla durata del ricovero stesso fino ad un massimo di 30 giorni. La diaria giornaliera che verrà riconosciuta sarà pari alla diaria corrispondente. **La diaria per riabilitazione e la diaria per convalida non sono cumulabili.**
- F. **Convalida da infortunio:** a seguito di un ricovero dovuto a infortunio, indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponderà, quale convalida, per un numero di giorni pari a quelli di ricovero una diaria giornaliera così quantificata:  
- dal 1° al 30° giorno: una diaria pari ad un terzo della diaria da infortunio;  
- dal 31° giorno: una diaria pari alla diaria da infortunio.  
**Per la convalida da infortunio sono riconosciuti un minimo di 7 giorni.**
- G. **Convalida da parto/malattia:**  
- **da parto:** a seguito di un ricovero dovuto a parto, indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde, quale convalida, una diaria pari alla metà della diaria da malattia per un numero di giorni pari a quelli del ricovero.  
- **da malattia:** a seguito di un ricovero dovuto a malattia, indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde, quale convalida, per un numero di giorni pari a quelli del ricovero, una diaria giornaliera così quantificata:  
- dal 1° al 30° giorno: una diaria pari alla metà della diaria da malattia;  
- dal 31° giorno: una diaria pari alla diaria da malattia.  
**Per la convalida da malattia sono riconosciuti un minimo di 14 giorni.**
- H. **Ingessatura (non valida per i minori):** nel caso di infortunio con conseguente ingessatura o applicazione di apparecchio terapeutico rigido e inamovibile e/o fissatore esterno, derivato da lesioni tendinee, frattura o lussazione degli arti o del tronco, la Società corrisponderà la diaria giornaliera da infortunio dal giorno di applicazione risultante dal certificato medico rilasciato dal pronto soccorso al giorno di rimozione

risultante dal certificato medico rilasciato dal pronto soccorso o da personale medico all'uopo abilitato per un periodo massimo di 60 giorni per ogni infortunio.

*Se l'infortunio comporta sia il ricovero che la gessatura, la diaria da gessatura verrà corrisposta a partire dal giorno della dimissione.*

#### **Art. 23 - Condizioni aggiuntive (operanti solo se richiamate in polizza)**

##### **23.1 - Diaria per l'accompagnatore**

Riconoscimento di una diaria per l'accompagnatore pari al 50% della diaria corrispondente per l'assicurato e fino ad un massimo di 15 giorni per anno assicurativo.

##### **23.2 - Persone assicurabili**

A parziale deroga dell'art. 13, delle Condizioni di Assicurazione, la garanzia può essere estesa alla persona indicata indipendentemente dall'età. In caso di assicurato minore non trova applicazione il primo comma dell'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione. Tale comma rientra in vigore al raggiungimento della maggiore età **con il conseguente adeguamento del premio.**

##### **23.3 - Estensione discipline sportive**

A parziale deroga dell'art. 14, punto g), delle Condizioni di Assicurazione, la garanzia viene estesa agli infortuni e le loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a gare e relative prove e allenamenti effettuate sotto l'egida della federazione sportiva di appartenenza della disciplina sportiva indicata.

## Norme operanti in caso di sinistro

#### **Art. 24 - Cosa fare in caso di sinistro**

In caso di sinistro l'Assicurato, deve darne comunicazione alla Società entro e non oltre 30 giorni dallo stesso.

In caso di ricovero con o senza pernottamento, l'Assicurato deve presentare alla Società copia autentica della cartella clinica completa di anamnesi patologia temporale prossima e remota rilasciata dall'Istituto di cura.

In caso di ingessatura, la denuncia di sinistro deve essere corredata da idonea documentazione radiografica che attesti la lesione sofferta.

#### **Art. 25 - Controversie - Arbitrato irrituale**

*In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.*

*Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per 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 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 si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.*

#### **Art. 26 - Cessione e concessione in pegno a terzi**

**Non possono essere né cedute né concesse in pegno richieste di terzi sulle prestazioni assicurative.**

## Sezione “Assistenza” (Tariffa AS54)

(garanzia operante solo se indicata in polizza)

### Norme che regolano l'Assicurazione “Assistenza”

#### Art. 27 - Oggetto della garanzia “Assistenza”

La Società, alle condizioni ed entro i limiti di seguito riportati, si obbliga a prestare all'Assicurato che, a seguito di infortunio o malattia improvvisa ne abbia necessità, le prestazioni sotto descritte.

Per poter usufruire delle prestazioni di Assistenza, l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa, come indicato all'art. 31 - Modalità per la richiesta di “Assistenza”.

#### Art. 28 - Prestazioni di “Assistenza”

##### Art. 28.1 - Consulenza medica telefonica

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

##### Art. 28.2 - Invio di un medico generico a domicilio in Italia

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

##### Art. 28.3 - Invio di un infermiere a domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di Euro 200,00 per sinistro.

##### Art. 28.4 - Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno, come da prescrizione medica scritta, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio, o dal luogo in cui si trova, per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari rimane a carico dell'Assicurato.

##### Art. 28.5 - Consegna spesa a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di un ricovero in Istituto di cura superiore a 5 giorni per infortunio o malattia improvvisa, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi 15 giorni di convalescenza post-ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, **compatibilmente con le disponibilità locali**, tenendo la Società a proprio carico il compenso di 2 ore ad intervento e per un massimo di tre invii per ogni periodo post-ricovero.

I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'Assicurato.

##### Art. 28.6 - Collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, sia stato ricoverato in Istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni e sia temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Società a carico il relativo costo fino ad un massimo di Euro 200,00 per sinistro.

#### **Art. 28.7 - Trasporto in autoambulanza in Italia**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di essere trasportato dall'Istituto di cura presso il quale è stato ricoverato alla propria residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente un'autoambulanza, tenendo la Società a proprio carico la relativa spesa.

#### **Art. 28.8 - Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato**

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

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

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

- c) ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

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

#### **Art. 28.9 - Rientro dal centro ospedaliero attrezzato**

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui all'art. 28.8 che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

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

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

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

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

*Le prestazioni di cui agli artt. da 28.10 a 28.18 che seguono sono fornite esclusivamente a seguito di sinistri verificatisi ad oltre 50 km dal Comune di residenza dell'Assicurato.*

#### **Art. 28.10 - Rientro sanitario**

Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto nell'Istituto di cura più idoneo al suo stato di salute ovvero l'Assicurato debba essere trasferito in un Istituto di cura attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

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

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

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

*Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio. La prestazione, inoltre, non è dovuta qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso addividengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.*

#### **Art. 28.11 - Rientro con un familiare**

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'Assicurato, in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario" di cui all'art. 28.10 che precede, ed i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa organizzerà anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo.

#### **Art. 28.12 - Anticipo spese mediche**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa pagherà, per conto dell'Assicurato, le fatture fino ad un importo massimo di Euro 1.000,00 per sinistro.

*La prestazione non è operante:*

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

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

#### **Art. 28.13 - Viaggio di un familiare**

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

#### **Art. 28.14 - Accompagnamento di minori**

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

#### **Art. 28.15 - Autista a disposizione**

Qualora l'Assicurato si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un autista per ricondurre il veicolo ed eventualmente i passeggeri fino alla città di residenza dell'Assicurato stesso, secondo l'itinerario più breve. La Società terrà a proprio carico l'onorario dell'autista fino a un massimo di Euro 500,00 per sinistro, mentre restano a carico dell'Assicurato le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, ecc.).

Nel caso in cui l'Assicurato rientrasse senza attendere l'autista, deve specificare il luogo dov'è in custodia il veicolo da ritirare e lasciare sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione alla guida del veicolo e, se si trova all'estero, la Carta Verde.

#### **Art. 28.16 - Prolungamento del soggiorno**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa comprovato da certificazione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro alla propria

residenza in Italia alla data stabilita, la Struttura Organizzativa, ricevuta la sua comunicazione, organizzerà il prolungamento del suo soggiorno in albergo (*limitatamente al pernottamento e alla prima colazione*), tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di 10 giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di Euro 60,00 al giorno.

Al suo rientro l'Assicurato dovrà fornire tutta la documentazione necessaria a giustificare il prolungamento del soggiorno.

#### **Art. 28.17 - Rientro salma**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, sia deceduto, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di Euro 3.000,00 per sinistro, ancorché siano coinvolti più assicurati.

Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento in cui in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

#### **Art. 28.18 - Interprete a disposizione**

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

#### **Art. 28.19 - Assistenza domiciliare integrata**

##### **1. Ospedalizzazione domiciliare**

In caso di ricovero dell'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni, la Struttura Organizzativa organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 30 giorni.

Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dal servizio medico della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'Assicurato. La Struttura Organizzativa dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo rispetto al momento delle dimissioni.

I costi sono a carico della Società.

##### **2. Servizi Sanitari**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami o della consegna di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'Istituto di cura.

##### **3. Servizi non Sanitari**

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

#### **Art. 28.20 - Medical Advice Program**

(in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali).

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, per i quali sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico, desideri richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, verrà, attraverso gli operatori della Struttura Organizzativa, messo in contatto con la Centrale di Telemedicina che, previo contatto

telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita, nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri di eccellenza facenti parte del Network Salute.

L'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa che lo metterà in contatto con la Centrale di Telemedicina, a cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere da parte degli specialisti dei Centri di eccellenza del Network Salute.

### **1. Consulenza medica di secondo livello**

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

### **2. Attivazione della rete nazionale di Centri di eccellenza**

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico ed all'elaborazione dei quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti dei Centri di eccellenza. Tutti i dati clinici saranno trasmessi attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri ai Centri medici di riferimento.

Il Centro medico di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei medici specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso.

I costi della visita specialistica saranno a carico della Società così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di Euro 200,00 per sinistro. I medici specialisti dei Centri di eccellenza formuleranno rapidamente la propria risposta scritta, che verrà inviata alla Centrale di Telemedicina la quale, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo, ove occorra, ad interpretarla. La Società terrà a proprio carico tutti i costi.

### **3. Attivazione del secondo parere internazionale**

Qualora, su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o di quelli dei Centri di eccellenza nazionale, si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Struttura Organizzativa al fine di erogare il servizio di secondo parere internazionale.

Tale servizio prevede la raccolta della documentazione dell'Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico al Centro internazionale individuato e la predisposizione di un secondo parere scritto da parte del Centro internazionale.

## **Art. 29 - Norme che regolano l'erogazione delle prestazioni "Assistenza"**

- a) Le prestazioni sono fornite ad ogni Assicurato fino a tre volte per ciascun tipo e per anno assicurativo.
- b) In caso di permanenza continuativa all'estero, la garanzia Assistenza è operante fino a 60 giorni per anno assicurativo.
- c) Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
- d) La Società e la Struttura Organizzativa declinano ogni responsabilità per ritardi o impedimenti che possano sorgere durante l'esecuzione di tali prestazioni a seguito di:
  - disposizioni delle Autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto;
  - ogni circostanza fortuita o imprevedibile;
  - cause di forza maggiore.
- e) Il diritto alle assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
- f) Le prestazioni di Assistenza sono fornite dalla Struttura Organizzativa in nome e per conto della Società.

## Art. 30 - Esclusioni

La Sezione Assistenza non è operante per i sinistri derivanti da:

- a) malattie preesistenti alla stipulazione della polizza;
- b) forme maniaco depressive, disturbi paranoici, schizofrenia, epilessia, sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- c) prestazioni aventi finalità estetiche e relative conseguenze;
- d) guerra, insurrezione, operazioni militari, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- e) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- f) abuso di alcool e/o psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni o comunque volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- g) uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in allenamenti, gare, corse e relative prove nonché giri su pista e atti di temerarietà;
- h) movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, e altre calamità naturali se è stato dichiarato lo "stato di calamità naturale";
- i) suicidio e tentato suicidio.

Le prestazioni non sono fornite in quei paesi che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

## Art. 31 - Modalità per la richiesta di "Assistenza"

Per poter usufruire delle prestazioni, l'Assicurato deve rivolgersi alla Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

per telefono al numero verde	800 686 472	valido solo per chiamate dall'Italia
per telefono al numero	02.58.24.54.69	valido sia in Italia che all'estero
per fax	02.58.47.72.01	valido sia in Italia che all'estero

(dall'estero, in caso di telefonata o fax, i relativi numeri dovranno essere preceduti dal prefisso internazionale 0039).

Per telegramma indirizzato a  
Europ Assistance Service S.p.A.  
Piazza Trento, 8  
20135 - Milano

La Struttura Organizzativa è in funzione 24 ore su 24 per la ricezione delle richieste e per l'erogazione delle prestazioni. L'orario per le richieste del "Medical Advice Program" è dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali.

I costi relativi alle chiamate telefoniche successive alla prima sono sostenuti dalla Struttura Organizzativa.

Nella richiesta, l'Assicurato dovrà sempre comunicare:

- il tipo di assistenza di cui necessita e il nome dell'eventuale medico curante;
- cognome e nome dell'Assicurato che necessita del servizio di Assistenza;
- numero della polizza "Rimborso Spese Mediche" preceduto dalla seguente sigla: UNIT;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- numero telefonico dove potrà essere reperito il richiedente nel corso dell'assistenza.

***L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa sezione, i medici che lo hanno visitato o curato in relazione al sinistro. La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli originali (non le fotocopie) di giustificativi, fatture e ricevute delle spese.***

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

## Elenco Grandi Interventi Chirurgici (valido per le Formule "Standard" & "Top")

TARIFFA NAZIONALE ORDINE DEI MEDICI - D.P.R. 28.12.1965 n. 1763

Elenco degli interventi chirurgici per i quali la tariffa sopra citata contempla un onorario per il chirurgo operatore NON inferiore a Euro 67,14.

### **CRANIO, FACCIA E COLLO**

---

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.

### **TORACE E TUBERCOLOSI POLMONARE**

---

- Resezioni polmonari segmentarie e lobectomia.
- Pneumectomia polmonare.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Torace ad imbuto e torace carenato.

### **ESOFAGO**

---

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne.
- Resezione dell'esofago cervicale.
- Operazioni sull'esofago per tumori: resezioni totali e resezioni parziali basse o alte e simili.
- Esofagoplastica.

### **CUORE**

---

- Pericardiectomia parziale.
- Pericardiectomia totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei nel cuore.
- Commisurotomia per stenosi mitralica.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.

### **STOMACO E DUODENO**

---

- Resezione gastrica.
- Gastrectomia totale.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

### **PANCREAS E MILZA**

---

- Interventi per necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo cisti pancreatiche (enucleazione della ciste e marsupializzazione).
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas (totale, della testa o della coda).
- Splenectomia.
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale.

### **INTESTINO RETTO E ANO**

---

- Megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson.
- Colectomia totale.
- Amputazione del retto per via addomino perineale in uno o più tempi.
- Ileo-meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addominoperineale.

## **FEGATO E VIE BILIARI**

---

- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Papillotomia per via trans-duodenale.

## **UROLOGIA**

---

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Interventi per estrofia della vescica.
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Megauretere: resezione con reimpianto e resezione con sostituzione di ansa intestinale.

## **APPARATO GENITALE MASCHILE**

---

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.

## **GINECOLOGIA**

---

- Pannisterectomia radicale per tumori maligni.

## **OTORINOLARINGOIATRIA**

---

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.
- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

## **ORTOPEDIA**

---

- Disarticolazione interscapolo-toracica.
- Emipelvectomia.

## **SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO**

---

- Asportazione di neoplasie endocraniche, o di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso od ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazioni per encefalo meningocele.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie ed altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi.
- Interventi associati su simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

## **VASI**

---

- Interventi per aneurismi su vasi arteriosi: arteria carotide, vertebrale succlavia tronco branchio-cefalico ed iliaca.
- Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale.

Rientrano nei Grandi Interventi Chirurgici anche i seguenti non elencati nel D.P.R. 28.12.1965 n. 1763:

- Bypass aortocoronarico singolo, doppio, multiplo.
- Sostituzione valvolare singola, doppia, multipla.
- Valvuloplastica.
- Resezione del cuore (aneurisma, infarto ecc.).
- By-pass aorta addominale.
- Bypass aorto biliaco o bifemorale.
- Trapianto di organi.

UNIQA Assicurazioni SpA

Sede Legale: Via Carnia 26 - 20132 Milano - Capitale Sociale Euro 7.761.604,92 i.v. - C.F. / P.I. / Registro Imprese Milano n. 01416080156 - R.E.A. n. 688496  
Autorizzazione D.M. 5716 del 18/08/1966 (G.U. 217 del 01/09/1966) - Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00033 - Gruppo "UNIQA ITALIA" (Albo gruppi n. 007)  
[www.uniqagroup.it](http://www.uniqagroup.it) - e-mail: [posta@uniqagroup.it](mailto:posta@uniqagroup.it) - PEC: [uniquaassicurazioni@pec.uniqagroup.it](mailto:uniquaassicurazioni@pec.uniqagroup.it)  
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di UNIQA Insurance Group AG