

GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E
RIASSICURAZIONI S.p.A. – Gruppo Assicurativo Ri.Fin

Assicurazione Sanitaria

GLOBAL SISTEMA SALUTE

Ed. 1/GSSP

SET INFORMATIVO

Il presente set informativo contiene:

1. **DIP DANNI** - Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni
2. **DIP AGGIUNTIVO DANNI** - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
3. **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**, comprensive di glossario
4. **MODULO DI POLIZZA**.

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere il set informativo

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

Che tipo di assicurazione è?

Polizza individuale di assistenza sanitaria, estendibile al nucleo familiare, che garantisce il rimborso delle spese mediche da ricovero ospedaliero a seguito di malattia o infortunio, a rimborso o con pagamento diretto (in caso di utilizzo di Strutture Convenzionate).



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede l'acquisto della garanzia obbligatoria:

- ✓ **ASSISTENZA ALLA PERSONA** (a scelta del Contraente tra le versioni Base o Plus);

a cui abbinare almeno una delle seguenti garanzie principali:

- ✓ **RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO G.I.C. E G.P.** a copertura dei ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Patologie;
- ✓ **RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO FULL** in alternativa alla precedente e che copre i ricoveri in generale per infortunio, malattia, parto, aborto spontaneo o terapeutico;
- ✓ **DIARIA DA RICOVERO, INGESSATURA E IMMOBILIZZAZIONE;**
- ✓ **INDENNITARIA PER INTERVENTO CHIRURGICO** (a scelta del Contraente tra le versioni Base o Plus).

Sono previste, inoltre, le seguenti **garanzie opzionali**, acquistabili in abbinamento a **RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO G.I.C. E G.P.** o **RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO FULL**:

- **RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE – ALTA DIAGNOSTICA**
- **RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE – VISITE SPECIALISTICHE**
- **RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO PLUS**
- **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA (IPM)**

È possibile, inoltre, acquistare in abbinamento alla garanzia **DIARIA DA RICOVERO, INGESSATURA E IMMOBILIZZAZIONE** la seguente **garanzia opzionale**:

- **DIARIA DA CONVALESCENZA.**



Che cosa non è assicurato?

Persone non assicurabili:

Non sono assicurabili le persone:

- ✗ che siano (o siano state) affette da alcolismo o tossicodipendenza;
- ✗ che siano affette da sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza (A.I.D.S.), epatite C;

Esclusioni valide per tutte le garanzie

L'assicurazione non è operante per:

- ✗ gli stati invalidanti, Infortuni e Malattie (comprese le conseguenze e/o complicanze) che siano già noti, diagnosticati o curati prima della stipula dell'Assicurazione e non dichiarati con dolo o colpa grave in presenza di Questionario Anamnestico;
- ✗ gli stati invalidanti, Infortuni e Malattie (comprese le conseguenze e/o complicanze) che siano già noti, diagnosticati o curati prima della stipula dell'Assicurazione in assenza di Questionario Anamnestico;
- ✗ le prestazioni sanitarie e la cura dell'alcolismo e della tossicodipendenza e le loro conseguenze e complicanze;
- ✗ le prestazioni sanitarie e le cure relative a infezione H.I.V. o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), a Epatite C e le loro conseguenze e complicanze;
- ✗ le prestazioni sanitarie e le cure relative a Malattie mentali del sistema nervoso, le psicopatie in genere, le Malattie nevrotiche, incluse le sindromi ansiose o depressive, i disturbi schizofrenici, paranoici e affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), le sindromi e disturbi mentali organici;
- ✗ le prestazioni sanitarie per diagnosi e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- ✗ le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o Malformazioni preesistenti all'effetto dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative (tranne quanto coperto per il neonato nella garanzia Rimborso Spese Mediche per Ricovero Full);
- ✗ le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o la correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia);
- ✗ le applicazioni, le cure e gli interventi aventi finalità estetiche, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (tranne quelli resi necessari da infortunio o da neoplasie maligne effettuati, durante la validità del contratto, entro 360 giorni successivi dall'intervento chirurgico demolitivo);
- ✗ le visite odontoiatriche e ortodontiche, le cure odontoiatriche di qualsiasi tipo, le protesi dentarie (tranne quanto coperto nella garanzia Rimborso Spese Mediche per Ricovero Full);
- ✗ le prestazioni sanitarie, le cure per disturbi alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata), gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità (ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea pari o superiore a 40);



Che cosa non è assicurato? (segue)

- ✗ le prestazioni sanitarie e le cure cellulo-tissutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche, le cure termali (tranne quelle coperte dalle garanzie Rimborso Spese Mediche per Ricovero G.I.C. e G.P. e Rimborso Spese Mediche per Ricovero Full);
- ✗ l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- ✗ gli interventi qualificabili come cure palliative e/o terapie del dolore;

Sono esclusi dall'assicurazione i sinistri che siano conseguenza:

- ✗ di guerre (anche civili, dichiarate o meno), rivoluzioni e insurrezioni (salvo che per gli infortuni avvenuti durante la permanenza dell'Assicurato all'estero e verificatesi entro 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra), delle occupazioni militari, delle invasioni, sommosse, tumulti popolari, saccheggi, atti di sabotaggio, terrorismo e vandalismo, scioperi o serrate in cui l'Assicurato abbia avuto parte attiva;
- ✗ di contaminazione da sostanze nucleari, biologiche, chimiche derivanti da atti di terrorismo o comunque non utilizzate per scopi pacifici;
- ✗ diretta o indiretta di energia nucleare (reazioni nucleari, radiazioni e contaminazioni), di radiazioni dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.) tranne quando causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- ✗ di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, tsunami e ogni fenomeno naturale o atmosferico avente caratteristiche di calamità naturale;
- ✗ di quarantene e/o epidemie (dichiarate in Italia e/o nel luogo di destinazione del viaggio) aventi caratteristiche di pandemia dichiarata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità oppure da richiedere misure restrittive, tra cui limitazioni al trasporto aereo (ad eccezione di Covid-19 e sue varianti).

La polizza inoltre non è operante per infortuni causati:

- ✗ da azioni commesse dall'Assicurato stesso con dolo, autolesionismo, suicidio (tentato o consumato), atti di pura temerarietà, reati. Sono altresì esclusi i sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato, intesa come inosservanza delle regole di diligenza più elementari, inclusi gli atti di consapevole e deliberata esposizione a rischio manifestamente sproporzionato (temerarietà);
- ✗ dall'uso di aeromobili non rientranti in quelli abilitati al trasporto pubblico di linea, di apparecchi per volo da diporto o sportivo (ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendii, ecc.);
- ✗ dalla guida di veicoli o natanti a motore da parte dell'Assicurato maggiorenne privo della prescritta abilitazione. In caso di patente scaduta, la garanzia è operante se l'Assicurato, al momento del sinistro, risulta in possesso dei requisiti previsti per il rinnovo;
- ✗ dalla pratica, a qualunque titolo, di: sport motoristici (automobilismo, motociclismo, motonautica); sport che prevedano l'utilizzo di veicoli o natanti a motore e la partecipazione a corse e gare (comprese le relative prove e allenamenti); sport aerei in genere;
- ✗ dalla pratica di sport professionistici;
- ✗ dalla pratica, a qualunque titolo, di sport estremi e/o pericolosi;

Sono inoltre esclusi gli infortuni avvenuti:

- ✗ durante lo svolgimento della propria attività lavorativa, se rientrante tra le seguenti categorie: piloti e assistenti di volo in servizio attivo, forze dell'ordine, militari, vigili del fuoco, vigili urbani, acrobati, stuntman, artificieri, addetti alla fabbricazione di esplosivi, minatori, cavitatori con uso di esplosivi e lavoro manuale, guardie giurate, notturne, guardie armate, portavalori, investigatori privati, palombari, sommozzatori, speleologi.

Per le garanzie Rimborso Spese Mediche per Ricovero G.I.C e G.P.; Rimborso Spese Mediche per Ricovero Full e Diaria da Ricovero, Ingessatura e Immobilizzazione la polizza non è operante per:

- ✗ le degenze in Case di Riposo o RSA per convalescenza o lungodegenza, anche quando tali strutture rientrano nell'ambito di Istituti di Cura;



Che cosa non è assicurato? (segue)

- ✗ i ricoveri, incluso Day Hospital, effettuati allo scopo di praticare check-up clinici o avvenuti al fine di effettuare visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici che, per loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio.

Per le garanzie Rimborso Spese Mediche Extra Ricovero Base – Visite Specialistiche e Rimborso Spese Mediche Extra Ricovero Plus la polizza non copre le visite:

- ✗ odontoiatriche, ortodontiche;
- ✗ pediatriche;
- ✗ ginecologiche (eccetto quelle riferite a patologie neoplastiche)
- ✗ oculistiche se limitate al controllo del visus.

Per la garanzia Diaria da Ricovero, Ingessatura e Immobilizzazione la polizza non copre:

- ✗ la diaria da ricovero in caso di ricoveri in day hospital, day surgery, interventi chirurgici in regime ambulatoriale, accertamenti in Pronto Soccorso anche se con permanenza superiore a 24h;
- ✗ la diaria da ingessatura in caso di applicazione dei seguenti apparecchi: bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi", apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili; bendaggi elastici adesivi (Tentoplast, etc.), ortesi in genere (app. di posizione – es.: plantari), collari Schantz, Camp, simili, ginocchiere DonJoy e Stecche di Zimmer se applicate per casistiche differenti da quelle indicate come incluse.
- ✗ la diaria per immobilizzazione per fratture differenti da quelle indicate come incluse.

Per la garanzia Assistenza la Compagnia non risarcisce i danni:

- ✗ causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'Assistenza;

conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e non prevedibile;

In relazione alla prestazione di Rimpatrio Sanitario la polizza esclude:

- ✗ il caso in cui l'Assicurato o i suoi familiari richiedano le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura dove è ricoverato l'Assicurato.

In relazione alla prestazione di Trasporto / Rimpatrio della salma la polizza esclude:

- ✗ le spese di ricerca, quelle funerarie e di inumazione ed eventuale recupero della salma.



Ci sono limiti di copertura?

Per le garanzie Rimborso Spese Mediche per Ricovero G.I.C e G.P. e Rimborso Spese Mediche per Ricovero Full la polizza non copre:

- ! le spese per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di apparecchi terapeutici, protesici ed ortopedici (tranne quanto specificatamente indicato nelle garanzie);
- ! le spese per l'acquisto di lenti a contatto, lenti da vista, montature di occhiali;
- ! le spese non direttamente inerenti alla cura o l'intervento, quali ad esempio le spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili.

Per le garanzie Rimborso Spese Mediche per Ricovero G.I.C e G.P., Rimborso Spese Mediche per Ricovero Full, Rimborso Spese Mediche Extra Ricovero Base – Visite Specialistiche e Rimborso Spese Mediche Extra Ricovero Plus la polizza non copre:

- ! i farmaci, le visite ed i trattamenti medici e chirurgici di terapie di Medicina alternativa o complementare o di Medicina non ufficiale, l'agopuntura non praticata da un medico.

Per la garanzia Diaria da Convalescenza:

- ! la diaria da convalescenza non è cumulabile con la Diaria da Ingessatura o da Immobilizzazione.



Dove vale la copertura?

L'assicurazione vale per sinistri avvenuti nel Mondo intero, con le seguenti eccezioni per la garanzia Assistenza alla Persona:

- ✓ Le prestazioni Invio di un medico a domicilio e Assistenza Domiciliare sono operanti esclusivamente in Italia;
- ✓ Le prestazioni Viaggio di un familiare, Prolungamento del soggiorno, Rientro dell'assicurato convalescente, Trasporto / Rimpatrio della salma sono operanti per sinistri avvenuti in Italia oltre 50km dal comune di residenza e nel Mondo;
- ✓ La prestazione Rimpatrio Sanitario è operante esclusivamente per sinistri avvenuti all'Estero.



Che obblighi ho?

Hai il dovere di:

- fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare;
- comunicare preventivamente se per lo stesso rischio hai già in corso altre polizze assicurative o comunicare la successiva stipulazione;
- comunicare alla Compagnia, con lettera raccomandata, eventuali cambiamenti che possono comportare un aggravamento di rischio.

In caso di sinistro, devi:

- informare la Compagnia dell'accaduto nei tempi e nei modi dalla stessa indicati;
- consegnare alla Compagnia tutta la documentazione necessaria per procedere alla valutazione;
- attenerti a tutte le eventuali ulteriori indicazioni fornite dalla Compagnia.



Quando e come devo pagare?

Il premio di polizza si paga presso l'Intermediario oppure direttamente alla Compagnia alla stipula del contratto, alla scadenza dell'eventuale frazionamento e al rinnovo (entro 15 giorni dalla data di scadenza) tramite i seguenti metodi di pagamento (che rientrano nel quadro della normativa vigente): bonifico bancario o postale, assegno bancario, circolare o postale non trasferibile, contanti (fino ai limiti consentiti dalla legge), strumenti di pagamento elettronico quali ad esempio, carte di credito e/o carte di debito, incluse le carte prepagate.

All'atto della sottoscrizione, il Contraente può scegliere di frazionare il pagamento del premio con periodicità semestrale o trimestrale, con l'applicazione di una maggiorazione rispettivamente del 3% o del 4% sul premio complessivo.

Se scelti dal Contraente, la Polizza prevede meccanismi di indicizzazione/adeguamento del Premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia a partire dal giorno indicato in polizza (data di decorrenza) se il premio alla firma è stato pagato, altrimenti decorre dalle ore 24:00 del giorno di pagamento effettivo. Il mancato pagamento del Premio alla firma, decorsi 30 giorni dalla data di emissione, comporta la mancata efficacia della Polizza. In tal caso, il contratto è risolto di diritto, senza che lo stesso possa produrre alcun effetto.

L'assicurazione ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo, quindi termina dopo un anno dalla decorrenza e si rinnova di anno in anno, salvo disdetta; se il *Contraente* non paga i premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza del periodo di copertura per il quale è stato corrisposto il precedente Premio e torna in vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze..



Come posso disdire la polizza?

In caso di contratto con DURATA ANNUALE con Tacito rinnovo, puoi mandare la disdetta della Polizza mediante Raccomandata A./R. all'indirizzo di Global Assistance - Piazza Diaz n. 6, 20123 Milano (o con altri mezzi che consentano di comprovarne la data di invio) almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale. In caso di polizza stipulata a distanza, il contraente dispone di un diritto di recesso pari a 14 giorni dalla conclusione del contratto, senza penali e senza indicare il motivo, purché non abbia già richiesto la liquidazione di un indennizzo.



GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI
E RIASSICURAZIONI S.p.A. a Socio Unico
Capitale Sociale: Euro 5.000.000 i.v.
Codice Fiscale, Partita IVA e
Registro Imprese di Milano n. 10086540159

Sede Legale e Direzione Generale:
Piazza Diaz, 6 - 20123 Milano
Telefono 02.433350.1 - Telefax 02.433350.20
Indirizzo PEC: globalassistancespa@legalmail.it
Sito internet: www.globalassistance.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni
con D.M. del 2/8/93 n. 19619 (G.U. 7/8/93 n. 184).
Società soggetta all'attività di direzione
e coordinamento di Ri.Fin S.r.l., iscritta all'Albo
dei gruppi assicurativi presso l'IVASS al n. 014

Assicurazione Sanitaria

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



Prodotto: Global Sistema Salute – Ed. 1/GSSP

Data di redazione del DIP aggiuntivo Danni: 22/09/2026 - ultima versione disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A. Piazza Armando Diaz 6, 20123 Milano; Telefono: +39 024333501; sito internet <https://globalassistance.it>; E-mail: global.assistance@globalassistance.it; PEC: globalassistancespa@legalmail.it
Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A., Società a Socio Unico appartenente al gruppo Assicurativo Ri.Fin (iscritto all'Albo dei gruppi Assicurativi presso l'Ivass al n. 014), soggetta alla direzione e coordinamento della Capogruppo Ri.Fin s.r.l. N iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione: n. 1.00111
Il patrimonio netto dell'Impresa: € 17,4 milioni al 31/12/2025; importo attribuibile al capitale sociale: € 5 milioni, riserve patrimoniali: € 12,4 milioni. Per la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa si rimanda al seguente link: <http://www.rifin.it/pdf/SFCR-Gruppo-Rifin.pdf>
L'indice di solvibilità dell'Impresa: 239,06% al 31/12/2025, e rappresenta il rapporto tra il livello di fondi propri ammissibili (€15,89 milioni) e il requisito patrimoniale di solvibilità (€6,65 milioni).

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede regole di abbinamento delle garanzie secondo quanto descritte alla "Tabella 1 – Garanzie di polizza e regole di abbinamento", a pagina 9 di 71 delle Condizioni di Assicurazione.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Opzione Franchigia € 3.000

È facoltà del Contraente, in sede di sottoscrizione della polizza, attivare l'opzione "Franchigia € 3.000". Tale opzione è valida esclusivamente per le garanzie Rimborso Spese Mediche per Ricovero G.I.C. e G.P. e Rimborso Spese Mediche per Ricovero Full. Con questa opzione, in caso di sinistro, la franchigia applicata (oppure il minimo previsto in caso di scoperto) è innalzata a € 3.000, a fronte di una riduzione del Premio delle garanzie per le quali l'opzione è valida.

Opzione Formula Nucleo

È facoltà del Contraente, in sede di sottoscrizione della polizza, attivare l'opzione "Formula Nucleo". Tale opzione è valida esclusivamente per le garanzie Rimborso Spese Mediche per Ricovero G.I.C. e G.P. e Rimborso Spese Mediche per Ricovero Full. Con questa opzione, il massimale di garanzia viene considerato come totale per l'intero nucleo familiare assicurato (e non più per assicurato) a fronte di una riduzione del Premio delle garanzie per le quali l'opzione è valida.



Che cosa NON è assicurato?

Per la sola garanzia Invalidità Permanente da Malattia (IPM), si aggiungono le seguenti esclusioni specifiche:

- 1) Infortunio;
- 2) cure dimagranti, dietetiche, interventi di carattere estetico;
- 3) chirurgia plastica, stomatologica, ricostruttiva riferita ad eventi insorti anteriormente alla sottoscrizione del contratto;
- 4) malattie tropicali;
- 5) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- 6) cure e/o interventi chirurgici per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- 7) cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto.



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Danni, la polizza prevede le seguenti franchigie o scoperti:

Per le garanzie Rimborso Spese Mediche per Ricovero G.I.C. e G.P. e Rimborso Spese Mediche per Ricovero Full:

- nessuna franchigia o scoperto per prestazioni erogate presso il Circuito Convenzionato e per ticket sanitari;
- -scoperto del 20% con minimo di € 1.000 e massimo di € 10.000 per prestazioni erogate in strutture mediche non convenzionate

Per la garanzia Rimborso Spese Mediche Extra Ricovero Base - Alta Diagnostica:

- nessuna franchigia o scoperto per prestazioni erogate attraverso il Servizio Sanitario Nazionale;
- 10% di scoperto con un minimo di € 50 per prestazioni erogate attraverso strutture appartenenti al Circuito Convenzionato
- 20% di scoperto con un minimo di € 100 per prestazioni erogate attraverso strutture non convenzionate

Per la garanzia Rimborso Spese Mediche Extra Ricovero Base - Visite Specialistiche:

- nessuna franchigia o scoperto per prestazioni erogate attraverso il Servizio Sanitario Nazionale;
- franchigia di € 30 per prestazioni erogate attraverso strutture appartenenti al Circuito Convenzionato;
- 20% di scoperto con un minimo di € 50 per prestazioni erogate attraverso strutture non convenzionate.

Per la garanzia Rimborso Spese Mediche Extra Ricovero Plus sono valide per alta diagnostica e visite specialistiche le franchigie e gli scoperti indicati nelle garanzie Base.

Per la garanzia Diaria da Ricovero, ingessatura e Immobilizzazione è prevista una franchigia pari a:

- 1 giorno per diaria da Ricovero;
- 5 giorni per diaria da ingessatura;
- 1 giorno per diaria da immobilizzazione.

Per la garanzia Diaria da Convalescenza è prevista una franchigia pari a 7 giorni

Per la garanzia Invalidità Permanente per Malattia, non è previsto indennizzo per invalidità pari o inferiori al 25%



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto esclusivamente a Contraenti: (persone fisiche o persone giuridiche) residenti o con sede legale in Italia, di età superiore a 18 anni, che possono stipulare il contratto:

- persone fisiche, di età superiore a 18 anni e residenti in Italia;
- persone giuridiche, con sede legale in Italia;

che abbiano interesse a proteggere i rischi legati alla salute:

- per contraente persona fisica, in favore di sé stesso e/o di uno o più membri del suo nucleo familiare convivente;
- per contraente persona giuridica, in favore di soci, amministratori, dipendenti/collaboratori della società contraente, oltre che di altre persone appartenenti ai relativi nuclei familiari conviventi.

A seconda delle garanzie acquistate l'assicurabilità è subordinata alla valutazione del questionario anamnestico.



Quali costi devo sostenere?

È a carico del Contraente la quota parte del premio imponibile percepita dagli Intermediari (con riferimento all'intero flusso commissionale) a titolo provvigionale, che nel presente contratto è in media pari al **25%** del premio complessivo.

Diritto di recesso

In caso di polizza stipulata a distanza per il tramite di un intermediario, Il Contraente, ai sensi dell'art. 59-octies del Codice del Consumo, dispone di un termine **14 giorni** di calendario per recedere dal contratto senza penali e senza dover indicare alcun motivo. Il termine decorre dalla data di conclusione del contratto ovvero, se successiva, dalla data di ricezione della documentazione (pre)contrattuale completa.

Tale diritto è esercitabile **purché**, in tale periodo:

- il Contraente/l'Assicurato non abbia fatto una denuncia di sinistro e/o nei casi in cui il Contraente/Assicurato non abbia chiesto la liquidazione dell'indennizzo o delle somme assicurate.

Il Contraente potrà esercitare il diritto di recesso:

- Tramite lettera raccomandata A/R a Global Assistance Spa - Piazza Diaz,6 20123 MILANO
- Tramite PEC all'indirizzo globalassistancespa@legalmail.it
- Tramite altra modalità resa disponibile dall'intermediario.

La Compagnia provvederà al rimborso del premio integrale pagato in fase di conclusione del contratto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto all'indirizzo dell'Impresa Global Assistance S.p.A., Piazza Diaz 6, 20123 Milano, all'attenzione dell'ufficio Gestione Reclami (indirizzo di posta elettronica: gestione.reclami@globalassistance.it). Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet dell'Impresa www.globalassistance.it nella sezione "Reclami".

Ai reclami verrà dato riscontro dall'impresa nel termine massimo di 45 giorni dal ricevimento dello stesso da parte dell'Impresa.

All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva (superiore al periodo suindicato), è possibile rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza delle assicurazioni - Servizio Tutela del Consumatore), Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it utilizzando l'apposito Modello presente sul sito dell'IVASS (Info su: www.ivass.it)
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato: In caso di sinistro, qualora le due Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia tramite arbitrato ossia incaricando a tale scopo, in aggiunta ai propri periti, un terzo perito scelto di comune accordo. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il perito da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo perito. Liti Transfrontaliere: è possibile presentare reclamo all'IVASS (che provvede lei stessa all'inoltro al sistema estero competente) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o direttamente al sistema estero competente (rintracciabile accedendo al sito: Rete per la risoluzione delle controversie finanziarie: FIN-NET - Finance)
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Regime fiscale: Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente Detrazione premi: Non è prevista detraibilità fiscale dei premi Tassazione prestazione assicurata: Non è prevista alcuna tassazione sulle prestazioni assicurate
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Qualora il cliente sia stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link https://globalassistance.it/oblio-oncologico/
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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.

GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Gruppo Assicurativo Ri.Fin.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

“Global Sistema Salute”

Ed. 1/GSSP

Data ultimo aggiornamento 22/09/2026



GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI
E RIASSICURAZIONI S.p.A. a Socio Unico
Capitale Sociale: Euro 5.000.000 i.v.
Codice Fiscale, Partita IVA e
Registro Imprese di Milano n. 10086540159

Sede Legale e Direzione Generale:
Piazza Diaz, 6 - 20123 Milano
Telefono 02.433350.1 - Telefax 02.433350.20
indirizzo PEC: globalassistancespa@legalmail.it
Sito internet: www.globalassistance.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni
con D.M. del 2/8/93 n. 19619 (G.U. 7/8/93 n. 184).
Società soggetta all'attività di direzione
e coordinamento di Ri.Fin S.r.l., iscritta all'Albo
dei gruppi assicurativi presso l'IVASS al n. 014

SOMMARIO

DEFINIZIONI - GLOSSARIO.....	3
CONDIZIONI CONTRATTUALI DI ASSICURAZIONE.....	7
COSA È POSSIBILE ASSICURARE	14
SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE.....	14
GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA RICOVERO FULL	14
GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA RICOVERO G.I.C. E G.P.	19
GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE ALTA DIAGNOSTICA	20
GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE VISITE SPECIALISTICHE	21
GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO PLUS.....	22
SEZIONE DIARIE	23
DIARIA DA RICOVERO, INGESSATURA E IMMOBILIZZAZIONE	23
DIARIA DA CONVALESCENZA.....	25
SEZIONE INDENNITARIA	26
GARANZIA INDENNITARIA PER INTERVENTO CHIRURGICO	26
SEZIONE ASSISTENZA.....	27
GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA	27
SEZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE	32
INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA (IPM).....	32
COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE	34
ESCLUSIONI	34
LIMITI.....	37
NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO.....	38
ALLEGATO 1	45
TABELLA DEI “COEFFICIENTI DI INCREMENTO ANNUO DEL PREMIO PER ETÀ”	45
ALLEGATO 2	47
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	47
ALLEGATO 3	51
GRAVI PATOLOGIE.....	51
ALLEGATO 4	52
PACCHETTO PREVENZIONE	52
ALLEGATO 5	53
ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI E CLASSI DI APPARTENZA	53

DEFINIZIONI - GLOSSARIO

Ai termini sottoindicati, utilizzati nelle **Condizioni di Assicurazione**, vengono attribuiti i significati che seguono:

A

ABORTO TERAPEUTICO: Interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre o di evitare lo sviluppo di un feto segnato da malformazioni o gravi patologie, effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.

ASSICURATO: Soggetto espressamente indicato nel Modulo di polizza, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE: Il contratto di assicurazione.

C

CARENZA (periodo di): Periodo che decorre dalla data di decorrenza della copertura durante il quale le Garanzie non sono operanti e pertanto un eventuale Sinistro non è indennizzato dalla Società.

CARTELLA CLINICA: Il documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il Ricovero, il Day Hospital, il Day Surgery o l'Intervento chirurgico ambulatoriale, contenete le generalità dell'Assicurato, la diagnosi, l'anamnesi patologica, prossima e remota, le terapie effettuate, gli Interventi chirurgici effettuati, gli esami ed il diario clinico, nonché la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

CENTRO MEDICO: la struttura, anche non adibita a Ricovero, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche.

CENTRALE OPERATIVA: Struttura Organizzativa esterna (operante in conformità alle norme e regolamenti di vigilanza di tempo in tempo vigenti) costituita da medici, tecnici, operatori, messi a disposizione dell'Assicurato 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, a cui la Società ha affidato incarico per l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni di "Assistenza" previste in Polizza.

CHIRURGIA BARIATRICA: detta anche "chirurgia dell'obesità, ossia l'insieme degli Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione del cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento del cibo da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

CONTRAENTE: Il soggetto (persona fisica di età superiore ai 18 anni o persona giuridica) che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio. Il Contraente può o meno coincidere con l'Assicurato.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE: Contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento di un premio, si impegna ad indennizzare l'assicurato, entro limiti convenuti, dei danni conseguenti ad un sinistro.

CONVALESCENZA: Il periodo temporale, successivo ad un ricovero, compreso tra la dimissione dall'istituto di cura e la stabilizzazione o la guarigione clinica.

D

DAY HOSPITAL: La degenza in Istituto di Cura, senza pernottamento, documentata da Cartella Clinica, non comportante intervento chirurgico. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

DAY SURGERY: La degenza in Istituto di Cura, senza pernottamento, comportante Intervento chirurgico terapeutico, documentata da Cartella Clinica.

DIFETTI FISICI /MALFORMAZIONE: Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo morfologico, che sia evidente o clinicamente diagnosticabile.

DISDETTA: Comunicazione che il Contraente deve inviare all'Impresa di assicurazione, o viceversa, entro un termine di preavviso fissato dal contratto, per evitare la tacita proroga del contratto di assicurazione.

F

FORMA MISTA: Prestazioni sanitarie effettuate all'interno di Strutture Sanitarie Convenzionate, utilizzando medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica o viceversa.

FRANCHIGIA: Parte di danno che rimane a carico dell'assicurato.

G

GESSATURA: L'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali similari.

Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, prescritta da specialista ortopedico, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia.

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO: L'Intervento chirurgico rientrante nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici, Allegato 2 alle presenti Condizioni di Assicurazione.

GRAVI PATOLOGIE: Le malattie rientranti nell'Elenco Gravi Patologie, Allegato 3 alle presenti Condizioni di Assicurazione.

I

IMPRESA DI ASSICURAZIONE: Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa ovvero la Società Global Assistance S.p.A.

INDENNIZZO: La somma dovuta all'assicurato in caso di sinistro.

INFORTUNIO: Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO: Atto medico, praticato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, effettuato presso istituto di cura o Centro Medico, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato mediante cruentazione dei tessuti con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica e luminosa (laser). Sono considerati interventi chirurgici anche la riduzione incruenta di fratture seguita da gessatura. Non sono comunque considerati interventi chirurgici ai fini del presente contratto, le iniezioni.

INTERMEDIARIO: Soggetto iscritto all'apposito Albo istituito presso l'autorità di Vigilanza IVASS che, a seguito di accordi, intermedia le polizze della Società, su esplicita autorizzazione di quest'ultima.

ISTITUTO DI CURA: Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non si considerano Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza o lungodegenza, le case di riposo o di soggiorno, le case/cliniche aventi prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche e/o di benessere, nonché le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

M

MALATTIA: Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortuni, malformazioni e/o difetti fisici, sopravvenuta dopo la stipula dell'Assicurazione o, se già nota all'Assicurato, non specificatamente esclusa dalla Società a seguito della valutazione del Questionario Sanitario ove risulti dichiarata.

MALATTIA ONCOLOGICA: Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin.

MASSIMALE/SOMMA ASSICURATA: La somma pattuita in polizza fino alla quale l'Impresa di assicurazione è impegnata a prestare la garanzia assicurativa.

MEDICINA ALTERNATIVA o COMPLEMENTARE / MEDICINA NON UFFICIALE: Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Organi dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omtossicologia.

MODULO DI POLIZZA: Documento contrattuale, sottoscritto dalle Parti, che prova l'esistenza dell'assicurazione e identifica le figure contrattuali, tra cui gli Assicurati, le Garanzie/le Formule e i Massimali operanti nonché dati relativi alla Polizza (Decorrenza, scadenza, Premio).

N

NUCLEO FAMILIARE: L'insieme delle persone, risultanti dallo stesso stato di famiglia, legate da vincolo di parentela (o di fatto purché provato e socialmente noto) con l'Assicurato e con lui stabilmente conviventi (inclusi il convivente more uxorio ed i suoi figli).

P

PARTI: Il Contraente, gli Assicurati e la Compagnia.

POLIZZA: È il documento contrattuale che prova l'assicurazione.

PREMIO: Rappresenta il costo che il Contraente sostiene per acquistare le garanzie offerta dall'Impresa di assicurazione. Il pagamento del Premio costituisce condizione di efficacia dell'Assicurazione.

PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE: Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma ed abilitazione;

Q

QUESTIONARIO ANAMNESTICO: Detto anche Questionario Sanitario, è il documento che ogni Assicurato deve compilare prima della stipulazione della presente Assicurazione. Esso contiene principalmente una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie e/o infortuni dell'Assicurato. Le informazioni fornite servono all'Impresa di Assicurazioni per valutare l'assunzione del rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità. Il Questionario anamnestico costituisce parte integrante del presente contratto.

R

RICOVERO: La degenza, che comporti almeno un pernottamento in Istituti di cura pubblici o privati.

RIVALSA: Diritto che spetta all'Impresa di Assicurazioni di richiedere al responsabile del danno il pagamento della somma versata all'Assicurato a titolo di risarcimento. Tale diritto è contrattualmente rinunciabile da parte dell'Impresa di Assicurazioni.

S

SINISTRO: Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia.

SCOPERTO: È la parte di danno che resta a carico dell'assicurato; si esprime in una percentuale da calcolare sul totale delle spese sostenute e indennizzabili per un singolo sinistro o in un importo fisso.

SOCIETÀ (o COMPAGNIA): Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A. o, in breve, Global Assistance S.p.A.

SPORT ESTREMI E/O PERICOLOSI: Si intendono sport estremi quelli caratterizzati da un livello di rischio oggettivamente elevato per l'integrità fisica del praticante, e a titolo esemplificativo e non limitativo, paracadutismo o skydiving, salto con l'elastico (bungee jumping), sci e snowboard estremi ed acrobatici, freestyle ski, helisnow, airboarding, kitewings, base jumping, canyoning o torrentismo, arrampicata libera (free climbing); si intendono invece sport pericolosi: sci d'alpinismo (intendendosi come tale anche lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista), salto dal trampolino con sci e idrosci, bob o skeleton e simili, atletica pesante, sollevamento pesi, lotta nelle sue varie forme incluso il pugilato, arti marziali in genere, rugby, football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala U.I.A.A., discese su rapide di fiumi e torrenti con qualsiasi mezzo inclusi rafting, hydrospeed e canoa, speleologia e immersioni con autorespiratore;

SPORT PROFESSIONISTICI: Tutti gli sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, o che comunque comportino una qualsiasi forma di remunerazione sia diretta che indiretta;

STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE (o Circuito Convenzionato): La rete di Strutture Sanitarie, medici o equipe mediche convenzionata con la Centrale Operativa.

La Società si riserva, qualora ne ravvisasse l'opportunità, di sostituire tale rete con altra equivalente, convenzionata con altro Partner specializzato nel settore sanitario, e di darne tempestiva comunicazione ad ogni Contraente.

T

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI, RIEDUCATIVI E RIABILITATIVI: Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa mirate a facilitare il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattie o infortuni.

Sono eseguiti da un medico o un professionista laureato in fisioterapia o con un titolo equivalente riconosciuto in Italia e devono essere prescritti da un medico specialista.

Sono esclusi i trattamenti estetici e gli interventi effettuati con strumenti tipicamente utilizzati nei trattamenti estetici.

TUTORE IMMOBILIZZANTE Sono considerati tutori immobilizzanti equivalenti ad un'ingessatura i seguenti apparecchi immobilizzanti:

- Apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast), in materiale acrilico;
- Bendaggi amidati;
- Docce/valve gessate;
- Bendaggio desault;
- Minerve (anche in cuoio);
- Apparecchio di trazione cranica (tipo halo);
- Trazione/immobilizzazione dita (tipo iselin);
- Qualsiasi altro apparecchio di tempo in tempo commercializzato, simile per caratteristiche e finalità a quelli elencati.

V

VISITA SPECIALISTICA: La visita che viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative.

CONDIZIONI CONTRATTUALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE, PAGAMENTO E VARIAZIONE DEL PREMIO

1.1 - Decorrenza

Il contratto di assicurazione si perfeziona con la sottoscrizione in ogni sua parte del *Modulo di Polizza* e con il pagamento, alla firma, del *Premio* o della prima rata di *Premio*, secondo il frazionamento scelto.

L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato nel *Modulo di polizza*, se il *Premio* alla firma è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo.

1.2 – Pagamento del premio

Il *Premio* deve essere pagato all'*Intermediario* cui è assegnato il contratto oppure direttamente alla *Compagnia*. I mezzi di pagamento consentiti, salvo accordi specifici con la *Compagnia* (o con l'*Intermediario*), da valutare di volta in volta, sono: bonifico bancario o postale, assegno bancario, circolare o postale non trasferibile, contanti (fino ai limiti consentiti dalla legge), strumenti di pagamento elettronico quali, ad esempio, carte di credito e/o carte di debito, incluse le carte prepagate.

Sono a carico del Contraente le imposte, le tasse, i contributi e tutti gli altri oneri fiscali stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al Premio.

Il *Premio* è sempre determinato per il periodo di un anno ed è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale. Il *Contraente* è tenuto a versare il *Premio* (o le rate di *Premio*) alle scadenze pattuite.

Se il *Contraente* non paga i premi successivi, **l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza del periodo di copertura per il quale è stato corrisposto il precedente Premio e torna in vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento**, ferme le successive scadenze e il diritto della *Società* al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'**articolo 1901 del Codice civile**.

Decorso **6 mesi** dalla scadenza della rata arretrata senza che il *Contraente* abbia provveduto al pagamento e la *Società* non abbia agito formalmente per il recupero di quanto dovuto, il contratto è risolto di diritto (art. 1901 del Codice civile).

1.3 – Revisione del premio e/o delle condizioni

La *Società*, in occasione delle scadenze annuali di *polizza*, e a valere per le annualità successive, si riserva la facoltà di modificare il *Premio* e/o di apportare variazioni alle Condizioni di Assicurazione, mettendo a disposizione del *Contraente* stesso, almeno **60 giorni** prima della scadenza convenuta, anche tramite l'*Intermediario*, le nuove condizioni di *Premio* e/o le eventuali modifiche contrattuali. Il *Contraente*, qualora non intenda accettare il nuovo *Premio* e/o le nuove condizioni comunicategli, potrà **recedere dal contratto dando disdetta entro il giorno di scadenza contrattuale della Polizza**.

In deroga a quanto previsto dal [Paragrafo 1.2 – Pagamento del premio](#), in assenza di comunicazioni di **Disdetta** e di pagamento del *Premio* da parte del *Contraente*, **l'Assicurazione cesserà ogni suo effetto dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della rata in scadenza** e il contratto si intenderà risolto senza alcuna formalità.

Il pagamento del nuovo *Premio* da parte del *Contraente* comporterà l'automatica accettazione delle suddette variazioni contrattuali.

1.4 – Adeguamento automatico del premio

Non rientrano tra i casi di revisione del *Premio* che garantiscono al *Contraente* diritto di recesso (come descritto al [Paragrafo 1.3 – Revisione del premio e/o delle condizioni](#)) gli adeguamenti dovuti a:

- Indicizzazione, come da clausola indicata all'[ART. 17 - INDICIZZAZIONE](#);
- Aggiornamento in base all'età raggiunta da ogni Assicurato alla data di rinnovo. Questo adeguamento è predeterminato per ogni età (come da tabelle riportate in [Allegato 1](#));
- Minor sconto dovuto al venir meno di sconti tecnici applicati alla polizza.

ART. 2 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La durata del *Contratto* è indicata nel *Modulo di polizza*. Il periodo di assicurazione si intende convenzionalmente per la durata di un anno, salvo diverse indicazioni riportate sul Modulo di Polizza o eventuali risoluzioni anticipate del contratto.

ART. 3 – DISDETTA / PROROGA DEL CONTRATTO

Esclusivamente per le polizze di durata annuale, per le quali è previsto il tacito rinnovo, il *Contratto* può essere disdetto dalle *Parti* con lettera raccomandata A/R o PEC almeno **30 giorni** prima della scadenza annuale, fatto salvo quanto previsto al [Paragrafo 1.3 – Revisione del premio e/o delle condizioni](#).

La disdetta da parte del *Contraente* deve essere inviata presso la sede legale della *Compagnia* al seguente indirizzo: Global Assistance Spa, Piazza Diaz, 6 20123 Milano o all'indirizzo PEC globalassistancespa@legalmail.it

In assenza di disdetta esercitata entro i termini di cui sopra (o entro il giorno di scadenza contrattuale, nei casi previsti dal [Paragrafo 1.3 – Revisione del premio e/o delle condizioni](#)) il *Contratto* si intende tacitamente prorogato per un anno, e così successivamente, purché permangano i requisiti di assicurabilità (come da [ART. 12 – REQUISITI PER LA CONTRAENZA E L'ASSICURABILITÀ](#)).

ART. 4 – DIRITTO DI RECESSO PER RIPENSAMENTO

In caso di *polizza stipulata a distanza* per il tramite di un intermediario, il *Contraente/Assicurato*, ai sensi dell'art. 59-octies del Codice del Consumo, dispone di un termine di **14 giorni di calendario per recedere dal contratto** senza penali e senza dover indicare alcun motivo.

Il termine decorre dalla data di conclusione del contratto ovvero, se successiva, dalla data di ricezione della documentazione (pre)contrattuale completa.

4.1 – Esclusione del diritto di recesso

Ai sensi dell'art. 167-bis del Codice delle Assicurazioni Private, il diritto di recesso non può inoltre essere esercitato nei casi in cui il Contraente abbia richiesto la liquidazione dell'indennizzo o delle somme assicurate, nei termini previsti dalla normativa applicabile. L'attivazione della copertura su richiesta del Contraente/Assicurato durante il periodo di recesso comporta la perdita del diritto di recesso.

4.2 – Rimborsi

L'esercizio del diritto di recesso è gratuito.

Ai sensi dell'art. 59-novies, comma 2, del Codice del Consumo, il Contraente che esercita il recesso non è tenuto al pagamento di alcun importo, costo, penale o onere per il servizio eventualmente prestato dalla Compagnia fino al momento del recesso.

4.3 – Modalità di esercizio del recesso

Il Contraente potrà esercitare il diritto di recesso:

- Tramite lettera raccomandata A/R a Global Assistance Spa - Piazza Diaz,6 20123 MILANO;
- Tramite PEC all'indirizzo globalassistancespa@legalmail.it;
- Tramite altra modalità resa disponibile dall'intermediario.

ART. 5 – FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del *Contratto* è competente il Foro di residenza o domicilio elettivo del *Contraente* (o dell'*Assicurato* se diverso dal *Contraente*), quando questi rivesta la qualifica di consumatore ai sensi della normativa vigente. Qualora lo stesso sia soggetto diverso dal consumatore, è competente il Foro di Milano, salvo diversi accordi tra le parti.

In caso di sinistro, qualora le due *Parti* siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia tramite arbitrato ossia incaricando a tale scopo, in aggiunta ai propri periti, un terzo perito scelto di comune accordo.

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

ART. 6 – MODIFICHE, CLAUSOLE O ACCORDI PARTICOLARI, FORME DELLE COMUNICAZIONI

Le eventuali modifiche dell'*Assicurazione* devono essere provate per iscritto. Per essere valide, tutte le comunicazioni cui il *Contraente* e/o l'*Assicurato* sono tenuti debbono farsi per iscritto alla *Compagnia*. Clausole o accordi particolari tra l'*Assicurato*, il *Contraente* ed intermediari o incaricati dalla *Società* sono validi solo previa ratifica di quest'ultima.

ART. 7 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Salvo il caso di dolo, la *Compagnia* rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, di cui all'art. 1916 del Codice civile, lasciando così integri diritti dell'*Assicurato* e dei suoi aventi causa contro responsabili dell'infortunio o della malattia.

ART. 8 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

I rapporti contrattuali sono regolati esclusivamente dalla presente *Polizza*, dalle sue eventuali appendici e, per quanto non precisato in esse, dalle norme della legge italiana.

ART. 9 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI E TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Quando 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. I diritti derivanti dalla *Polizza*, invece, spettano all'*Assicurato* e il *Contraente* non potrà farli valere se non con l'espresso consenso dell'*Assicurato*.

ART. 10 – ONERI FISCALI

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

ART. 11 – OFFERTA ASSICURATIVA

L'offerta assicurativa si compone di una serie di garanzie, acquistabili secondo i criteri esposti nella tabella che segue. Ai fini di operatività della polizza è obbligatorio l'acquisto della garanzia Assistenza (in una delle due formule proposte) e di almeno una delle garanzie principali. Le garanzie scelte dal *Contraente* con i relativi massimali / somme assicurate / franchigie sono valide per tutte le persone assicurate per le quali viene pagato il relativo *Premio*.

Tab. 1 – Garanzie di polizza e regole di abbinamento

Garanzia	Tipologia	Note
Assistenza (Base / Plus)	Principale obbligatoria	Sempre presente
Rimborso Spese Mediche per ricovero Full	Principale facoltativa	Liberamente abbinabile alle altre principali È da intendersi alternativa a RSM per ricovero G.I.C. e G.P.
Rimborso Spese Mediche per ricovero G.I.C. e G.P. (Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Patologie)	Principale facoltativa	Liberamente abbinabile alle altre principali. È da intendersi alternativa a R.S.M. per ricovero Full.
Indennitaria per intervento chirurgico	Principale facoltativa	Liberamente abbinabile alle altre principali. NON può essere proposta se acquistata RSM per ricovero Full
Diaria da ricovero, ingessatura e immobilizzazione	Principale facoltativa	Liberamente abbinabile alle altre principali
Diaria da convalescenza	Opzionale	In abbinamento a Diaria da ricovero, ingessatura e immobilizzazione
RSM extra ricovero Base - Alta Diagnostica	Opzionale	In abbinamento a RSM per ricovero (sia G.I.C e G.P. che Full)
RSM extra ricovero Base - Visite Specialistiche	Opzionale	In abbinamento a RSM extra ricovero Alta Diagnostica
RSM extra ricovero Plus	Opzionale	In alternativa a RSM extra ricovero AD e VS
Invalidità Permanente da Malattia	Opzionale	In abbinamento a RSM per ricovero (sia G.I.C e G.P. che Full)

ART. 12 – REQUISITI PER LA CONTRAENZA E L'ASSICURABILITÀ

12.1 – Contraente e soggetti assicurati

La presente *Polizza* è rivolta esclusivamente a *Contraenti*:

- ✓ persone fisiche, **di età superiore a 18 anni e residenti in Italia**;
- ✓ persone giuridiche, **con sede legale in Italia**;

che abbiano interesse a proteggere i rischi legati alla salute:

- ✓ per *Contraente* persona fisica, in favore di sé stesso e/o di uno o più membri del suo *nucleo familiare convivente*;
- ✓ per *Contraente* persona giuridica, in favore di soci, amministratori, dipendenti/collaboratori della società contraente (tutti residenti in Italia) oltre che di altre persone appartenenti ai relativi *nuclei familiari conviventi*.

I soggetti assicurati sono esplicitamente indicati nel *Modulo di Polizza*.

12.2 – Requisiti di assicurabilità

Ai fini dell'operatività di polizza, è requisito fondamentale che ciascun assicurato risponda ai seguenti requisiti:

- ✓ **non sia (o non sia stato) affetto da alcolismo, tossicodipendenza**;
- ✓ **non sia affetto da sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza (A.I.D.S.), epatite C.**

Qualora nel corso del contratto si manifestino le condizioni di cui al presente articolo, la Società può recedere dal contratto ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile, previa comunicazione scritta all'Assicurato entro un mese dalla conoscenza delle stesse. Il recesso ha effetto immediato qualora l'aggravamento sia tale che la Società non avrebbe consentito l'assicurazione; negli altri casi ha effetto decorsi quindici giorni dalla comunicazione. Fino alla data di efficacia del recesso la copertura rimane operante. Restano dovuti i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento della comunicazione del recesso.

12.3 – Determinazione dell'assicurabilità mediante Questionario Anamnestico

Per l'acquisto delle seguenti garanzie:

- ✓ Rimborso Spese Mediche per ricovero Full;
- ✓ Rimborso Spese Mediche per ricovero G.I.C. e G.P.;
- ✓ Rimborso Spese Mediche extra ricovero Base - Alta Diagnostica;
- ✓ Rimborso Spese Mediche extra ricovero Base - Visite Specialistiche;
- ✓ Rimborso Spese Mediche extra ricovero Plus;
- ✓ Invalidità Permanente da Malattia (IPM);

ciascun *Assicurato* è inoltre soggetto a verifica di assicurabilità per la quale si impegna a compilare e sottoscrivere il *Questionario Anamnestico*, relativo ad informazioni circa il proprio stato di salute ed eventuali precedenti malattie e/o infortuni.

Nel caso di *Assicurato* minorenne, la compilazione e sottoscrizione del *Questionario Anamnestico* sarà a cura di un genitore o tutore legale incarico.

Successivamente alla valutazione del *Questionario Anamnestico*, la *Compagnia* avrà inoltre facoltà di:



**Global
Assistance**

- richiedere eventuale ulteriore documentazione se necessaria;
- richiedere all'Assicurato di sottoporsi a visita medica presso il medico fiduciario della *Compagnia* a spese di quest'ultima.

L'Assicurato ha facoltà di richiedere, a proprie spese, di essere sottoposto a visita medica autonomamente scelta per certificare il proprio effettivo stato di salute, al fine di integrare le dichiarazioni rese nel Questionario Anamnestico.

Il rifiuto dell'Assicurato a rispondere alle richieste della Compagnia ovvero a sottoporsi alla visita medica da questa richiesta comporta l'impossibilità di sottoscrivere le garanzie soggette a valutazione anamnestica. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

Per le restanti garanzie non è prevista compilazione del questionario anamnestico.

12.4 – Limiti di età

È possibile assicurare una persona a partire dal compimento del primo anno di vita e fino all'età massima di 70 anni compiuti (70 anni e 364 giorni), con possibilità di rinnovo fino al compimento dei 75 anni, salvo esplicita deroga e approvazione da parte della *Compagnia*.

Al superamento di tale limite in corso di contratto la copertura, riferita al singolo Assicurato interessato, conserva la sua efficacia fino alla sua scadenza annuale dopodiché cessa, pur rimanendo attiva la polizza per gli altri eventuali Assicurati più giovani, se presenti.

Esempio per età massima all'ingresso

Se la persona da Assicurare compie 71 anni il giorno 01 ottobre, può essere assicurato solo nel caso in cui la polizza abbia effetto al massimo entro il 30 settembre.

Esempio per età massima a rinnovo

Se la data di rinnovo di polizza cade il giorno 12 dicembre e l'assicurato compie 75 anni prima di quella data, non sarà ulteriormente assicurabile a partire dalla scadenza della polizza.

12.5 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili i soggetti:

- non residenti in Italia;
- che non corrispondano a quanto indicato al [Paragrafo 12.1 – Contraente e soggetti assicurati](#);
- che non rispondano ai requisiti indicati al [Paragrafo 12.2 – Requisiti di assicurabilità](#);
- ritenuti tali a seguito di valutazione del *Questionario Anamnestico*, seppur rispondendo a tutti i precedenti requisiti,
- di età inferiore a 1 anno o pari o superiore a 71 anni compiuti (ad inizio validità di polizza) o 75 anni compiuti a rinnovo.

ART. 13 – TERMINI DI ASPETTATIVA / CARENZE

13.1 – Termini all'acquisto della polizza

Con riferimento al giorno di effetto del contratto, l'assicurazione decorre dalle ore 24:

- a) dello stesso giorno, per gli Infortuni occorsi successivamente a tale data;
- b) del 180° giorno successivo per le Malattie che siano l'espressione, o la conseguenza diretta, di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipula del contratto, non conosciute e non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società e non esplicitamente escluse.
- c) del 30° giorno successivo, per tutte le Malattie non riconducibili al precedente punto;
- d) del 30° giorno successivo, per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di stipula del Contratto;
- e) del 300° giorno successivo, per il Parto (naturale o cesareo);
- f) dal 90° giorno successivo per la sola garanzia Invalidità Permanente da Malattia.

Nel caso di inclusione, in corso di contratto, di nuovi soggetti assicurati, i termini di aspettativa verranno applicati, esclusivamente per questi ultimi, prendendo come riferimento la data di effetto del documento contrattuale di inclusione e relativo conguaglio del premio emesso dalla *Compagnia*, ovvero **dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio dovuto**.

13.2 – Termini in caso di sostituzione di Polizza

Nel caso in cui la venga emessa una *Polizza* in sostituzione ad una in corso:

1. se la nuova *Polizza* equivale alla precedente per garanzie, massimali, franchigie, persone assicurate, i termini di carenza mantengono come riferimento il giorno di effetto della precedente polizza (come descritto al paragrafo precedente);
2. se la nuova *Polizza* differisce in parte dalla precedente, i termini di carenza mantengono come il riferimento il giorno di effetto della precedente *Polizza* per tutto ciò che resta invariato, mentre prendono come riferimento il giorno di effetto della nuova *Polizza* per le maggiori somme assicurate e le nuove garanzie;
3. in qualunque caso, se nella nuova *Polizza* vengono inserite nuove persone assicurate, per queste i termini di carenza prenderanno come riferimento la data di effetto della nuova *Polizza*.

13.3 – Termini in caso di variazione durante il periodo di validità del contratto

In caso di variazioni intervenute nel corso di validità del contratto, i termini di aspettativa (descritti al [Paragrafo 13.1 – Termini all'acquisto della polizza](#)) prendono come riferimento la data di effetto della variazione o di pagamento del premio dovuto alla variazione per:

- le sole maggiori somme assicurate e/o le diverse prestazioni incluse con la variazione per gli assicurati in polizza alla data di inizio validità;

- tutte le garanzie di polizza, per eventuali nuovi Assicurati inseriti con la variazione.

In caso di incremento delle somme assicurate o di inclusione di nuove garanzie in corso di contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data di effetto della variazione e si applicano esclusivamente alle maggiori somme assicurate o alle nuove prestazioni introdotte. Le garanzie e le somme assicurate già presenti e non modificate mantengono quale riferimento la data di effetto originaria del contratto.

In caso di passaggio da RSM per Ricovero G.I.C. e G.P. a RSM per Ricovero Full, i termini di aspettativa già maturati per le prestazioni assicurate con la garanzia G.I.C. e G.P. restano validi; per le prestazioni aggiuntive previste dalla garanzia Full i termini di aspettativa decorrono dalla data di effetto della variazione.

Esempi di applicazione dei termini di aspettativa / carenza

Polizza originaria valida dal 1° gennaio 2026, comprende le garanzie:

- Assistenza
- Rimborso Spese Mediche per ricovero Full
- Invalidità Permanente per Malattia (IPM)

e assicura tre persone.

Questa viene sostituita da nuova polizza a decorrere dal 1° marzo 2026 che comprende le garanzie:

- Assistenza
- Rimborso Spese Mediche per ricovero Full
- Invalidità Permanente per Malattia (IPM)
- Diaria da ricovero, ingessatura, immobilizzazione

e assicura le stesse tre persone.

I termini carenza aggiornati sono prendono come data di riferimento:

- Il 1° gennaio per le garanzie Assistenza, Rimborso Spese Mediche per ricovero Full e Invalidità Permanente per Malattia (IPM);
- Il 1° marzo per la garanzia Diaria da ricovero, ingessatura, immobilizzazione

ART. 14 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO / AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

14.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La *Compagnia* presta il proprio consenso all'assicurazione:

- in base alle dichiarazioni rese dal *Contraente* in fase di sottoscrizione, sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della *Compagnia*;
- in base alla valutazione delle informazioni fornite da ciascun Assicurato attraverso il *Questionario Anamnestico* (vedi [Paragrafo 12.3 - Determinazione dell'assicurabilità mediante Questionario Anamnestico](#)).

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti 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 e la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice civile. È fatto salvo l'esercizio del diritto all'oblio oncologico.

14.2 – Aggravamento del rischio

Il *Contraente* e/o l'Assicurato devono dare immediata comunicazione scritta alla *Società* di ogni aggravamento del rischio. Le modificazioni alle pattuizioni contrattuali devono, per essere valide, risultare da apposito atto firmato dalla *Società* e dal *Contraente*. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla *Società* possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile.

14.3 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la *Società* è tenuta a ridurre il *Premio* o le rate successive alla comunicazione del *Contraente* e/o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 Codice civile; in tale caso la *Società* rinuncia al diritto di recesso.

14.4 – Inesistenza del rischio

Il contratto è nullo qualora il rischio non sia mai esistito o abbia cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'art. 1895 del Codice civile. Qualora il rischio cessi di esistere dopo la conclusione del contratto, il contratto si scioglie ai sensi dell'art. 1896 del Codice civile; l'Assicuratore ha diritto al pagamento dei premi fino al momento in cui la cessazione del rischio gli sia comunicata o venga altrimenti a sua conoscenza.

ART. 15 – CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Il *Contraente* può personalizzare il livello di copertura della *Polizza* scegliendo le garanzie tra quelle offerte e i massimali / somme assicurate.

Il premio assicurativo è determinato in base alla risultanza di tali scelte e all'applicazione di coefficienti attribuiti a:

- l'età dell'assicurato;
- la provincia di residenza del *Contraente* (o la sede legale se persona giuridica);
- eventuali sconti tecnici applicati.

Il *Contraente* ha l'obbligo di comunicare eventuali variazioni di residenza durante il periodo di validità della polizza in coerenza a quanto indicato all'[ART. 14 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO / AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO](#). In caso di comprovata variazione del rischio in relazione della variazione della provincia di residenza o sede legale del *Contraente*, la *Compagnia* potrà procedere all'adeguamento del premio ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile, con decorrenza dalla data di comunicazione della variazione o dalla data in cui ne abbia avuto conoscenza.

Sono previste opzioni con riduzione del premio, descritte al paragrafo successivo.

15.1 – Opzioni con riduzione del premio

Il *Contraente* ha la possibilità, in sede di sottoscrizione della polizza, di attivare una o più opzioni con riduzione del premio.

Tali opzioni sono applicabili esclusivamente alle garanzie Rimborso Spese Mediche per ricovero G.I.C. e G.P. e Rimborso Spese Mediche per ricovero Full secondo le seguenti modalità:

- **Opzione “Franchigia € 3.000” che innalza la franchigia prevista dalla garanzia;**
- **Opzione “Massimale per nucleo” che prevede un massimale unico per tutti i membri del nucleo familiare assicurati nella stessa polizza.**

Se il *Contraente* richiede l'applicazione congiunta di entrambe le opzioni, lo sconto risultante sarà dato dalla somma degli sconti applicati per ciascuna opzione.

Le modalità di applicazione dell'opzione Franchigia € 3.000 sono indicate agli articoli:

- [**ART. 25 – FRANCHIGIE E SCOPERTI PER RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO FULL;**](#)
- [**ART. 28 – FRANCHIGIE E SCOPERTI PER RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO G.I.C. E G.P.**](#)

ART. 16 – VARIAZIONE DEL CONTRATTO

Tutte le variazioni devono essere comunicate per iscritto alla *Compagnia*, anche per il tramite dell'*Intermediario*. La *Compagnia* si riserva di accettare le richieste di variazione, determinando il nuovo *Premio* dovuto o, a seconda del caso, l'eventuale rimborso del *Premio* per il periodo non goduto di polizza.

Tali richieste devono pervenire **almeno 30 giorni prima della scadenza** per consentire alla *Compagnia* di valutare la possibilità di assumere eventuali nuovi rischi.

ART. 17 – INDICIZZAZIONE

Se espressamente scelta dal *Contraente* e richiamata sul *Modulo di Polizza*, la *Compagnia* procede in occasione di ogni scadenza annuale della *Polizza*, all'adeguamento dei valori secondo le variazioni di un indice “Spese Mediche” rappresentato dalla media ponderata di 4 indici relativi alle Spese Sanitarie rilevati da ISTAT nell'ambito dei “PREZZI AL CONSUMO PER L'INTERA COLLETTIVITÀ NAZIONALE”.

Gli indici di riferimento sono:

- “Sanità”;
- “Onorari medici specialistici”;
- “Servizi di diagnostica per immagini e di medicina di laboratorio”;
- “Servizi di cure ospedaliere”.

L'indicizzazione si applica a:

- premi;
- somme assicurate;
- eventuali limiti di Indennizzo se espressi in cifra assoluta.

Il calcolo della variazione è effettuato nel modo che segue:

- alla Polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di aprile dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
- alla scadenza annuale della Polizza si considera l'indice del mese di aprile dell'anno solare precedente a quello della scadenza;
- si effettua il confronto tra i due indici;
- se la differenza è positiva si avrà una variazione in aumento, se negativa in diminuzione, se non c'è differenza non ci sarà alcuna variazione.

L'indicizzazione è applicata esclusivamente alle seguenti garanzie (quando presenti in polizza):

- **Rimborso Spese Mediche per ricovero G.I.C. e G.P.;**
- **Rimborso Spese Mediche per ricovero Full;**
- **Diaria da ricovero, ingessatura e immobilizzazione;**
- **Diaria da convalescenza.**

ART. 18 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per i sinistri avvenuti nel mondo intero, **tranne in alcuni casi indicati nelle prestazioni di Assistenza.**

ART. 19 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il *Contraente* (e/o l'*Assicurato*) deve comunicare per iscritto alla *Compagnia* l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio ad eccezione:

- di altre assicurazioni stipulate per conto dell'*Assicurato* da altro contraente per obbligo di legge o di contratto collettivo;
- di polizze acquisite in modo automatico o accessorie ad altri servizi

per le quali resta comunque valido l'obbligo di comunicazione in caso di Sinistro (che è sempre dovuta a tutti gli Assicuratori).

Se per i medesimi rischi infatti coesistono più assicurazioni il *Contraente* o l'*Assicurato* deve darne avviso a tutti gli Assicuratori (secondo quanto stabilito dall'Art. 1910 del Codice civile) ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'*Indennizzo* dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato. **L'omessa comunicazione, ai sensi del medesimo articolo del Codice Civile, può comportare la perdita del diritto all'indennizzo.**

Qualora la somma di tali indennizzi, escluso dal conteggio quello dovuto *dall'Assicuratore* insolvente, superi l'ammontare del danno, la **Compagnia è tenuta a pagare soltanto la quota proporzionale** in ragione dell'*Indennizzo* calcolato secondo il proprio contratto. Resta in ogni caso esclusa qualsiasi obbligazione solidale nei confronti degli altri *Assicuratori*, senza tener conto dello *Scoperto* e/o *Franchigia* il cui ammontare verrà dedotto successivamente all'importo così calcolato.

In caso di Sinistro, qualora si riscontri l'esistenza di una pluralità di assicurazioni con la Società, quelle sottoscritte successivamente alla prima non possono dare luogo ad alcun Indennizzo ed il Contraente avrà diritto esclusivamente all'integrale rimborso del Premio non goduto al netto delle imposte.

ART. 20 – CLAUSOLA BROKER / GESTIONE DEL CONTRATTO

Qualora il presente contratto venga intermediato da un broker, come identificato nel *Modulo di Polizza*, le *Parti* prendono atto che tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione, le comunicazioni, i rapporti amministrativi ed il versamento dei premi relativi alla *Polizza*, avverranno anche per il tramite del Broker che provvederà al successivo versamento alla *Compagnia* assicuratrice. Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche ai termini dell'art. 1901 del Codice civile, del pagamento così effettuato.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal broker, nel nome e per conto del *Contraente/Assicurato*, alla *Compagnia*, si intenderà come fatta dal *Contraente/Assicurato*. Parimenti, ogni comunicazione fatta dal *Contraente/Assicurato* al broker si intenderà come fatta alla *Compagnia*.

Con la sottoscrizione della *Polizza* il *Contraente* conferisce mandato al broker di rappresentarlo ai fini del *contratto*. È convenuto pertanto che ogni comunicazione fatta al broker dalla *Compagnia* si considererà come fatta al *Contraente* e ogni comunicazione fatta dal broker alla *Compagnia* si considererà come fatta dal *Contraente*.

ART. 21 – SANZIONI INTERNAZIONALI

La Compagnia non è tenuta a fornire la copertura e a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre la Compagnia stessa a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione europea, degli Stati Uniti d'America, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o di embargo internazionale.

COSA È POSSIBILE ASSICURARE

Le Garanzie presenti all'interno delle seguenti sezioni si intendono operanti laddove sia stata specificata, nel Modulo di polizza, la loro operatività.

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

ART. 22 – PREMESSA

Le garanzie di questa sezione sono acquistabili secondo le modalità indicate all'[ART. 11 – OFFERTA ASSICURATIVA](#) e soggette a valutazione di assicurabilità mediante compilazione del *Questionario Anamnestico* da parte di ciascun soggetto assicurato, come da [Paragrafo 12.3 – Determinazione dell'assicurabilità mediante Questionario Anamnestico](#)

GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA RICOVERO FULL

(Garanzia principale, facoltativa)

ART. 23 – OGGETTO DELLA COPERTURA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA RICOVERO FULL

La *Compagnia* garantisce il pagamento delle spese sanitarie sostenute dall'*Assicurato* per il *Ricovero* in Istituto di cura, convenzionato o non convenzionato con la *Compagnia*, fino alla concorrenza del massimale annuo indicato nel *Modulo di polizza*.

Sono coperti i ricoveri, con o senza intervento chirurgico, resi necessari da:

- Malattia;
- Infortunio;
- Parto;
- Aborto terapeutico.

La garanzia opera:

- con presa a carico diretta delle spese presso il network convenzionato di strutture sanitarie;
- a parziale presa a carico diretta e parziale rimborso quando il ricovero è in *Forma Mista*;
- a rimborso presso strutture sanitarie private non convenzionate;
- attraverso il pagamento di un'indennità sostitutiva nel caso di ricoveri attraverso il Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Massimali, limiti di indennizzo, franchigie e scoperti sono riportati agli articoli:

- [ART. 24 – MASSIMALE E LIMITI DI INDENNIZZO PER RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO FULL](#)
- [ART. 25 – FRANCHIGIE E SCOPERTI PER RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO FULL](#)

Per esclusioni e limiti della garanzia si rimanda ai seguenti articoli della sezione **COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE**:

- [ART. 56 – ESCLUSIONI](#)
- [ART. 57 – LIMITI](#)

La garanzia prevede dei termini carenza secondo quanto specificato all'[ART. 13 – TERMINI DI ASPETTATIVA / CARENZE](#)

23.1 – Prestazioni rimborsabili per ricoveri per malattia o infortunio

In riferimento ai Ricoveri oggetto di copertura è garantito il pagamento delle spese:

- prima del ricovero;
- durante il ricovero;
- dopo il ricovero;

indicate di seguito.

A. PRIMA DEL RICOVERO

La *Compagnia* garantisce il pagamento delle spese, direttamente inerenti alla *Malattia* o all'*Infortunio* che hanno comportato il *Ricovero* indennizzabile secondo i termini della *Polizza*, per le seguenti prestazioni:

1. visite specialistiche;
2. esami ed accertamenti diagnostici

effettuate nei 90 giorni precedenti al ricovero;

B. DURANTE IL RICOVERO

La *Compagnia* garantisce il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:



**Global
Assistance**

1. onorari dell'equipe medica (chirurgo, aiuto, assistente, anestesista, infermieri specializzati e ogni altro soggetto partecipante all'intervento), diritti di sala operatoria, materiale di intervento (compresi gli apparecchi terapeutici, le protesi e le endoprotesi applicate durante l'intervento);
2. rette di degenza (escluse le spese per bisogni "non essenziali" come ad esempio telefono, televisione, ecc.);
3. assistenza medica e infermieristica, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, strumentali e di laboratorio;
4. spese per un accompagnatore: sono incluse le rette per vitto e pernottamento nell'Istituto di Cura, o in struttura alberghiera (in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di Cura pubblico). **Queste spese sono riconosciute esclusivamente per:**
 - a. **Ricoveri per trapianti,**
 - b. **Ricoveri di durata superiori a 7 giorni**
 - c. **Ricoveri di qualsiasi durata per Assicurati minorenni.**

C. DOPO IL RICOVERO

La *Compagnia* garantisce il pagamento delle spese, direttamente inerenti alla *Malattia* o all'*Infortunio* che hanno comportato il *Ricovero* indennizzabile secondo i termini della *Polizza*, per le seguenti prestazioni:

1. visite specialistiche;
2. esami ed accertamenti diagnostici;
3. prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche;
4. trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi;
5. cure termali (escluse le spese alberghiere e di viaggio);
6. acquisto di farmaci;
7. acquisto o noleggio di apparecchi ortopedici (stampelle, carrozzine, corsetti e tutori);
8. acquisto o noleggio di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche);

effettuate nei 120 giorni successivi al ricovero.

23.2 – Trapianto di organi

Nel caso in cui l'Assicurato abbia necessità di essere sottoposto ad un trapianto a causa della *Malattia* o dell'*Infortunio* coperti dalla *Polizza* saranno comprese (in aggiunta alle spese indicate al paragrafo precedente) anche:

1. le spese di trasporto dell'organo donato;
2. le spese mediche, in caso di donatore vivente, sostenute da questo durante il ricovero e finalizzate all'intervento chirurgico relativo all'espianto dell'organo ed alla degenza.

23.3 – Maternità

La *Compagnia* garantisce il pagamento delle spese per ricovero in *Istituto di Cura* per:

1. Parto con o senza taglio cesareo;
2. Aborto spontaneo e aborto terapeutico.

Sono comprese le seguenti spese, **sostenute durante il ricovero:**

1. Onorari dell'equipe medica, nonché Diritti di sala operatoria e materiali utilizzati;
2. l'Assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
3. le Rette di degenza (escluse le spese per bisogni "non essenziali" come ad esempio telefono, televisione, ecc.);

23.4 – Interventi neonatali per malformazioni congenite

La *Compagnia* garantisce le spese necessarie per un intervento chirurgico al neonato per una malformazione e/o un difetto fisico congenito.

La copertura è operativa esclusivamente per interventi prestati entro i 60 giorni dal parto ed esclusivamente:

- **in caso di parto coperto secondo i termini di polizza;**
- **se entrambe i genitori sono assicurati.**

23.5 – Indennità sostitutiva

La *Compagnia* corrisponderà all'assicurato una indennità sostitutiva al rimborso spese mediche per ricovero nel caso in cui:

- ✓ il *Ricovero* indennizzabile secondo i termini di polizza sia effettuato con costi totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- ✓ l'*Assicurato* non abbia fatto richieste di rimborso spese per il ricovero alla *Compagnia*.

Se i costi del *Ricovero* sono parzialmente a carico del SSN l'Assicurato potrà scegliere se:

- **chiedere la sola indennità sostitutiva;**
- **chiedere il solo rimborso delle spese non a carico del SSN.**

L'Indennità sostitutiva non prevede applicazione di franchigie o scoperti.

23.6 – Cure dentarie a seguito di infortunio

La *Compagnia* indennizza l'Assicurato per le spese dentarie sostenute a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza che comporti la necessità di cure dentarie ricostruttive.

Ai fini dell'operatività della garanzia, è necessario che la documentazione attestante l'infortunio che ha reso necessario il *Ricovero* certifichi il trauma dentario.

ART. 24 – MASSIMALE E LIMITI DI INDENNIZZO PER RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO FULL

Il massimale annuo indicato nel *Modulo di polizza* rappresenta l'importo massimo complessivo indennizzabile da parte della *Compagnia* per la somma di tutti gli eventuali *Sinistri* accaduti nel corso dell'anno assicurato.

Il massimale è da considerarsi a persona **ad eccezione del caso in cui il Contraente, al momento della stipula della Polizza, abbia scelto l'opzione con riduzione del premio "Formula Nucleo"**.
In quest'ultimo caso il massimale si intenderà valido per l'insieme dei componenti del Nucleo Familiare assicurato in Polizza.

Tab. 2 – Limiti di indennizzo per ricovero per infortunio o malattia

EVENTI / PRESTAZIONI	LIMITE DI INDENNIZZO	EVENTUALI SOTTOLIMITI
A. Prima del ricovero	Entro il massimale annuo	Non previsti
B. Durante il ricovero	Entro il massimale annuo	Per retta di degenza: € 300 al giorno in caso di ricovero fuori dal circuito convenzionato Spese per accompagnatore: € 120 al giorno per ogni giorno di ricovero entro 100 giorni per anno
C. Dopo il ricovero	Entro il massimale annuo	Acquisto di farmaci: € 1.000 per anno Acquisto o noleggio di apparecchi ortopedici: € 400 per anno Acquisto o noleggio di apparecchi protesici: € 2.500 per anno

Tab. 3 – Interventi chirurgici con limitazioni

INTERVENTI CHIRURGICI	PRESTAZIONI	LIMITE DI INDENNIZZO	SOTTOLIMITI
Le spese sostenute per i seguenti interventi, solo quando effettuati fuori dal <i>Circuito Convenzionato</i> o in <i>Forma Mista</i>: a) Adenoidectomia e/o Tonsillectomia; b) Appendicectomia (semplice o con peritonite, qualsiasi tecnica); c) Colectectomia d) Interventi per Ernie addominali; e) Intervento chirurgico per Emorroidi e/o Ragadi, qualsiasi metodica (compreso trattamento prollasso mucoso, sfinterotomia anoplastica); f) Interventi per neoformazioni cutanee benigne (cisti in genere, lipomi e nevi) escluse comunque le prestazioni a finalità estetica; g) Interventi per Polipi; h) Meniscopatia; i) Varicectomia degli arti inferiori; j) Interventi per Legamenti del ginocchio e della spalla.	A. Prima del ricovero B. Durante il ricovero C. Dopo il ricovero	€ 10.000 per anno	Come da tabella precedente

Tab. 4 – Limiti di indennizzo per ricovero per infortunio o malattia con trapianto di organi

EVENTI / PRESTAZIONI	LIMITE DI INDENNIZZO	EVENTUALI SOTTOLIMITI
A. Prima del ricovero B. Durante il ricovero C. Dopo il ricovero	Entro il massimale annuo	Come da Tab. 2 – Limiti di indennizzo per ricovero per infortunio o malattia
Spese per trasporto dell'organo	Entro il massimale annuo	Non previsti

Spese per il ricovero del donatore vivente	Entro il massimale annuo	Non previsti
--	--------------------------	--------------

Tab. 5 – Limiti di indennizzo per maternità

EVENTI / PRESTAZIONI	LIMITE DI INDENNIZZO	EVENTUALI SOTTOLIMITI
Ricovero per parto senza taglio cesareo o aborto spontaneo	€ 3.500 per anno	Per retta di degenza: € 300 al giorno in caso di ricovero fuori dal circuito convenzionato
Ricovero per parto con taglio cesareo o aborto terapeutico	€ 7.000 per anno	Per retta di degenza: € 300 al giorno in caso di ricovero fuori dal circuito convenzionato

Tab. 6 – Limiti di indennizzo per interventi neonatali per malformazioni congenite

EVENTI / PRESTAZIONI	LIMITE DI INDENNIZZO	EVENTUALI SOTTOLIMITI
Spese per l'intervento chirurgico	Entro il massimale annuo	Non previsti

Tab. 7 – Limiti di indennizzo per indennità sostitutiva

EVENTI / PRESTAZIONI	LIMITE DI INDENNIZZO	EVENTUALI SOTTOLIMITI
Indennità sostitutiva	€ 150 al giorno fino a 100 giorni per anno	€ 75 al giorno per Day Hospital / Day Surgery

Tab. 8 – Limiti di indennizzo per cure dentarie a seguito di infortunio

EVENTI / PRESTAZIONI	LIMITE DI INDENNIZZO	EVENTUALI SOTTOLIMITI
Cure dentarie a seguito di infortuni	€ 2.500 per anno	Non previsti

ART. 25 – FRANCHIGIE E SCOPERTI PER RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO FULL

Al momento della stipula della *Polizza* il contraente ha la possibilità di scegliere tra:

- franchigia standard;
- opzione con riduzione del premio "Franchigia € 3.000"

A seconda dell'opzione scelta al pagamento delle spese oggetto di garanzia saranno applicate *franchigie* o *scoperti* come di seguito.

25.1 – Franchigia standard

In caso di selezione della franchigia standard, la *Compagnia* provvederà al pagamento delle spese coperte dalla garanzia:

- senza alcuna franchigia o scoperto per prestazioni erogate presso il Circuito Convenzionato;
- con l'applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di € 1.000 ed un massimo di € 10.000 per prestazioni erogate in strutture mediche non convenzionate;
- per le spese per cure dentarie, di cui al [Paragrafo 23.6 – Cure dentarie a seguito di infortunio](#) uno scoperto del 20% a prescindere dal centro medico attivato (se convenzionato o meno).

25.2 – Opzione con riduzione del premio "Franchigia €3.000"

In caso di selezione dell'opzione "Franchigia € 3.000", la *Compagnia* provvederà al pagamento delle spese coperte dalla garanzia:

- con l'applicazione di una franchigia di € 3.000 per prestazioni erogate presso il Circuito Convenzionato;
- con l'applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di € 3.000 ed un massimo di € 10.000 per prestazioni erogate in strutture mediche non convenzionate;
- per le spese per cure dentarie, di cui al [Paragrafo 23.6 – Cure dentarie a seguito di infortunio](#) uno scoperto del 20% a prescindere dal centro medico attivato (se convenzionato o meno).

25.3 – Ticket sanitari

Tutte le spese di cui ai paragrafi:

- [23.1 – Prestazioni rimborsabili per ricoveri per malattia o infortunio](#)
- [23.2 – Trapianto di organi](#)

per le quali l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale pagandone il relativo ticket, vengono rimborsate senza applicazioni di franchigie o scoperti.

Tale regola è valida per entrambe le formule di franchigia (standard e franchigia € 3.000).

25.4 – Criteri di applicazione della franchigia

La franchigia viene applicata un'unica volta per sinistro o unico sinistro, ossia:

- più *Interventi chirurgici* avvenuti nella stessa seduta o durante lo stesso periodo di *Ricovero*;
- più *Ricoveri* avvenuti ad una distanza temporale non superiore a 30 giorni, dovuti alla stessa *Malattia* o stato patologico nella stessa sede anatomica o alle conseguenze di un singolo *Infortunio*;
- ogni serie di accertamenti o prestazioni previste da una stessa prescrizione medica o per lo stesso *Infortunio* o *Malattia*.

Nel caso in cui *Interventi chirurgici*, *Ricoveri* e/o accertamenti e prestazioni prevedano limiti di indennizzo / massimali differenti la franchigia verrà applicata alla prestazione che prevede la somma assicurata più elevata.

GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA RICOVERO G.I.C. E G.P.

(Garanzia principale, facoltativa)

ART. 26 – OGGETTO DELLA COPERTURA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA RICOVERO G.I.C. E G.P.

La *Compagnia* garantisce il pagamento delle spese sanitarie sostenute dall'Assicurato per il *Ricovero* in Istituto di cura fino alla concorrenza del massimale annuo indicato nel *Modulo di polizza*.

Sono coperti esclusivamente i ricoveri, con o senza intervento chirurgico, resi necessari da:

- Grandi Interventi Chirurgici (G.I.C.);
- Gravi Patologie (G.P.);

il cui elenco è riportato agli allegati:

- [Allegato 2 – Elenco grandi interventi chirurgici](#)
- [Allegato 3 – Elenco gravi patologie.](#)

La garanzia opera:

- con presa a carico diretta delle spese presso il network convenzionato di strutture sanitarie;
- a parziale presa a carico diretta e parziale rimborso quando il ricovero è in *Forma Mista*;
- a rimborso presso strutture sanitarie private non convenzionate;
- attraverso il pagamento di un'indennità sostitutiva nel caso di ricoveri attraverso il Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Per esclusioni e limiti della garanzia si rimanda ai seguenti articoli della sezione **COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE**:

- [ART. 56 – ESCLUSIONI](#)
- [ART. 57 – LIMITI](#)

La garanzia prevede dei termini carenza secondo quanto specificato all'[ART. 13 – TERMINI DI ASPETTATIVA / CARENZE](#)

26.1 – Prestazioni rimborsabili per ricoveri grandi interventi chirurgici e gravi patologie

Limitatamente ai ricoveri coperti dalla garanzia, la polizza copre le spese per le prestazioni indicate ai seguenti paragrafi della garanzia Rimborso Spese Mediche per Ricovero Full:

- [23.1 – Prestazioni rimborsabili per ricoveri per malattia o infortunio](#)
- [23.2 – Trapianto di organi](#)
- [23.5 – Indennità sostitutiva](#)

ART. 27 – MASSIMALE E LIMITI DI INDENNIZZO PER RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO G.I.C. E G.P.

Il massimale annuo indicato nel *Modulo di polizza* rappresenta l'importo massimo complessivo indennizzabile da parte della *Compagnia* per la somma di tutti gli eventuali *Sinistri* accaduti nel corso dell'anno assicurato.

Il massimale è da considerarsi a persona **ad eccezione del caso in cui il Contraente, al momento della stipula della Polizza, abbia scelto l'opzione con riduzione del premio "Formula Nucleo"**.

In quest'ultimo caso il massimale si intenderà valido per l'insieme dei componenti del Nucleo Familiare assicurato in Polizza.

In relazione agli eventi coperti dalla garanzia, i limiti di indennizzo sono riportati alle seguenti tabelle della garanzia Rimborso Spese Mediche per ricovero Full:

- [Tab. 2 – Limiti di indennizzo per Ricovero per infortunio o malattia](#)
- [Tab. 4 – Limiti di indennizzo per Ricovero per infortunio o malattia con trapianto di organi](#)
- [Tab. 7 – Limiti di indennizzo per Indennità sostitutiva](#)

ART. 28 – FRANCHIGIE E SCOPERTI PER RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO G.I.C. E G.P.

In relazione agli eventi coperti dalla garanzia, franchigie e scoperti applicati sono riportati all'articolo [ART. 25 – FRANCHIGIE E SCOPERTI PER RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO FULL](#)

GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE ALTA DIAGNOSTICA

(Garanzia opzionale)

ART. 29 – OGGETTO DELLA COPERTURA RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE – ALTA DIAGNOSTICA

La garanzia opera, in caso di *Infortunio* o *Malattia* non dipendenti da un *Ricovero* o da un *Intervento chirurgico* per le prestazioni di alta diagnostica riportate nella tabella di seguito.

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

Tab. 9 – Prestazioni di alta diagnostica coperte

Angiografia Arteriografia Cateterismo cardiaco Cistografia Clisma opaco Colecistografia Coronarografia Doppler (eco-color-doppler, eco-doppler) Ecocardiografia Ecografie in genere Elettromiografia Endoscopia (esofago-gastro-duodenoscopia, retto-colonscopia, broncoscopia, citoscopia, laringoscopia, ecc.) Esami istologici	Esame urodinamico completo Fluorangiografia oculare (o angiografia retinica) Isterosalpingografia Holter Laserterapia Mielografia Mineralogia ossea computerizzata (MOC) Radioterapia Radiografie Risonanza magnetica nucleare (RMN) Scintigrafia Tomografia assiale computerizzata (TAC) Tomografia ed emissione di positroni (PET) Tomoscintigrafia ad emissione di fotone singolo (SPET) Urografia
--	--

Per esclusioni e limiti della garanzia si rimanda ai seguenti articoli della sezione **COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE**:

- [ART. 56 – ESCLUSIONI](#)
- [ART. 57 – LIMITI](#)

La garanzia prevede dei termini carenza secondo quanto specificato all'[ART. 13 – TERMINI DI ASPETTATIVA / CARENZE](#)

ART. 30 – MASSIMALE E LIMITI DI INDENNIZZO PER RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE – ALTA DIAGNOSTICA

La garanzia opera entro il massimale indicato nel *Modulo di polizza*. Il massimale si intende per anno ed è da considerarsi per persona assicurata. La garanzia non prevede sottolimiti.

ART. 31 – FRANCHIGIE E SCOPERTI PER RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE – ALTA DIAGNOSTICA

Il rimborso viene effettuato applicando uno scoperto secondo i seguenti criteri:

- nessuno scoperto per prestazioni erogate attraverso il Servizio Sanitario Nazionale;
- **10% di scoperto con un minimo di € 50 per prestazioni erogate attraverso strutture appartenenti al Circuito Convenzionato;**
- **20% di scoperto con un minimo di € 100 per prestazioni erogate attraverso strutture non convenzionate.**

GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE VISITE SPECIALISTICHE

(Garanzia opzionale)

ART. 32 – OGGETTO DELLA COPERTURA RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE – VISITE SPECIALISTICHE

La garanzia opera, in caso di *Infortunio* o *Malattia* non dipendenti da un *Ricovero* o da un *Intervento chirurgico* per le visite specialistiche richieste tramite prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

I documenti di spesa (fatture, ricevute) debbono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia (malattia/infortunio) denunciata.

La garanzia prevede inoltre la copertura per le seguenti prestazioni:

- Trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- Noleggio di apparecchiature per Trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- Agopuntura purché praticata da medico.

Per esclusioni e limiti della garanzia si rimanda ai seguenti articoli della sezione COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE:

- [ART. 56 – ESCLUSIONI](#)
- [ART. 57 – LIMITI](#)

La garanzia prevede dei termini carenza secondo quanto specificato all'[ART. 13 – TERMINI DI ASPETTATIVA / CARENZE](#)

ART. 33 – MASSIMALE E LIMITI DI INDENNIZZO PER RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE – VISITE SPECIALISTICHE

La garanzia opera entro il massimale indicato nel *Modulo di polizza*. Il massimale si intende per anno ed è da considerarsi per persona assicurata. La garanzia prevede dei limiti riportati nella seguente tabella.

Tab. 10 – Visite specialistiche per le quali sono previsti dei limiti

PRESTAZIONI	LIMITAZIONI
Visite neurologiche o psichiatriche	1 visita per anno assicurato purché venga accertata una patologia
Visite ginecologiche	Sono coperte esclusivamente le visite riferite a patologie neoplastiche
- Trattamenti fisioterapici e riabilitativi; - Noleggio di apparecchiature per Trattamenti fisioterapici e riabilitativi; - Agopuntura purché praticata da medico.	Fino al 50% del massimale indicato nel <i>Modulo di polizza</i>

ART. 34 – FRANCHIGIE E SCOPERTI PER RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE – VISITE SPECIALISTICHE

Il rimborso viene effettuato applicando una franchigia o scoperto secondo i seguenti criteri:

- nessuno scoperto per prestazioni erogate attraverso il Servizio Sanitario Nazionale;
- franchigia di € 30 per prestazioni erogate attraverso strutture appartenenti al Circuito Convenzionato;
- 20% di scoperto con un minimo di € 50 per prestazioni erogate attraverso strutture non convenzionate.

GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO PLUS

(Garanzia opzionale)

ART. 35 – OGGETTO DELLA COPERTURA RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO PLUS

La garanzia opera, in caso di *Infortunio* o *Malattia* non dipendenti da un *Ricovero* o da un *Intervento chirurgico* per:

- per prestazioni di alta diagnostica;
- per le visite specialistiche.

Relativamente all'operatività della garanzia si precisa che:

- per le prestazioni di alta diagnostica, la garanzia opera secondo quanto indicato dal [ART. 29 – OGGETTO DELLA COPERTURA RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE – ALTA DIAGNOSTICA](#);
- per le visite specialistiche, la garanzia opera secondo quanto indicato dal [ART. 32 – OGGETTO DELLA COPERTURA RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE – VISITE SPECIALISTICHE](#).

Per esclusioni e limiti della garanzia si rimanda ai seguenti articoli della sezione COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE:

- [ART. 56 – ESCLUSIONI](#)
- [ART. 57 – LIMITI](#)

La garanzia prevede dei termini carenza secondo quanto specificato all'[ART. 13 – TERMINI DI ASPETTATIVA / CARENZE](#)

35.1 – Pacchetto prevenzione

L'Assicurato può usufruire, presso il *Circuito Convenzionato*, di una visita di prevenzione tra quelle elencate nell'[Allegato 4 – Pacchetto prevenzione](#).

Le prestazioni di prevenzione possono essere richieste a partire dalla data di decorrenza del *Contratto*. È possibile usufruire di una prestazione per anno assicurativo per ciascuna persona assicurata.

Se nel corso dell'annualità assicurativa, l'Assicurato non usufruisce della prestazione, non ne potrà richiederne il recupero nel corso delle annualità successive.

Se da verifica da parte della *Centrale Operativa* viene verificato che non sono presenti strutture convenzionate in grado di erogare la prestazione richiesta nel raggio di 40km dalla residenza, la prestazione del pacchetto prevenzione può essere effettuata presso una qualsiasi struttura a scelta dell'Assicurato che ne potrà richiedere rimborso **entro un massimo di € 100**.

ART. 36 – MASSIMALE E LIMITI DI INDENNIZZO PER RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO PLUS

La garanzia opera entro i massimali per Alta Diagnostica e Visite Specialistiche indicate nel *Modulo di polizza*. I massimali si intendono per anno e per persona assicurata.

In relazione alle prestazioni di Alta Diagnostica, la garanzia non prevede sottolimiti.

In relazione alle Visite Specialistiche la garanzia prevede i sottolimiti indicati alla [Tabella 10 – Visite specialistiche per le quali sono previsti dei limiti](#).

ART. 37 – FRANCHIGIE E SCOPERTI PER RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO PLUS

Per quanto concerne le prestazioni di alta diagnostica, vale quanto indicato all'[ART. 31 – FRANCHIGIE E SCOPERTI PER RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE – ALTA DIAGNOSTICA](#).

Per quanto concerne le visite specialistiche vale quanto indicato all'[ART. 34 – FRANCHIGIE E SCOPERTI PER RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE – VISITE SPECIALISTICHE](#).

SEZIONE DIARIE

ART. 38 – PREMESSA

Le garanzie di questa sezione sono acquistabili secondo le modalità indicate all'[ART. 11 – OFFERTA ASSICURATIVA](#) e non sono soggette a valutazione di assicurabilità mediante compilazione del *Questionario Anamnestico*.

DIARIA DA RICOVERO, INGESSATURA E IMMOBILIZZAZIONE

(Garanzia principale, facoltativa)

ART. 39 – OGGETTO DELLA COPERTURA DIARIA DA RICOVERO, INGESSATURA E IMMOBILIZZAZIONE

39.1 – Diaria da ricovero

La *Compagnia* pagherà all'*Assicurato* un'indennità giornaliera per il periodo di ricovero presso un Istituto di Cura (senza distinzione tra pubblico o privato) reso necessario da:

- un *Infortunio*,
- una *Malattia*,
- un Parto (con o senza taglio cesareo) o un Aborto (spontaneo o terapeutico).

Ai fini del calcolo dei giorni indennizzabili, il giorno di ingresso e quello di dimissione vengono conteggiati come un unico giorno.

Per esclusioni e limiti si rimanda ai seguenti articoli della sezione COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE:

- [ART. 56 – ESCLUSIONI](#)
- [ART. 57 – LIMITI](#)

La garanzia prevede dei termini carenza secondo quanto specificato all'[ART. 13 – TERMINI DI ASPETTATIVA / CARENZE](#)

39.2 – Diaria da ingessatura e immobilizzazione

La *Compagnia* pagherà all'*Assicurato* un'indennità giornaliera in caso di *Infortunio*, indennizzabile secondo i termini di polizza, che comporti una delle seguenti conseguenze:

- l'immobilizzazione con gesso (o altro materiale rigido e rimovibile mediante demolizione) o l'applicazione di un *tutore immobilizzante* equivalente. Sono inoltre comprese le osteosintesi, i fissatori esterni. **Rientrano in copertura anche l'applicazione di tutore Donjoy e della stecca di Zimmer al periodo certificato da un medico di assoluta immobilizzazione e solo nei casi di fratture documentate da radiografia.**
- l'immobilizzazione senza gessatura, **esclusivamente nei casi radiologicamente accertati di frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale, della costola (sia completa che parziale).**

Per esclusioni e limiti si rimanda ai seguenti articoli della sezione COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE:

- [ART. 56 – ESCLUSIONI](#)
- [ART. 57 – LIMITI](#)

ART. 40 – MASSIMALI E LIMITI DI INDENNIZZO PER DIARIA DA RICOVERO, INGESSATURA E IMMOBILIZZAZIONE

L'importo dell'indennità giornaliera è indicato nel *Modulo di polizza*. In caso di più soggetti assicurati, tale importo così come i limiti di indennizzo indicati nella tabella che segue sono da considerarsi a persona.

Tab.11 – Limiti di indennizzo per Diaria da Ricovero, Ingessatura e Immobilizzazione

EVENTI / PRESTAZIONI	LIMITE DI INDENNIZZO	EVENTUALI SOTTOLIMITI
Diaria da ricovero	Massimo 360 giorni per anno	In caso di ricovero per parto (con o senza taglio cesareo) o aborto (spontaneo o terapeutico) è previsto un indennizzo forfettario di 3 giorni
Diaria da ingessatura	Massimo 30 giorni per sinistro e per anno	Non previsti
Diaria da immobilizzazione	Massimo 30 giorni per sinistro e per anno	Non previsti

Si precisa che in caso di *Evento* che comporti più lesioni per le quali sono necessarie più ingessature e/o immobilizzazione senza ingessatura, questo è considerato come unico sinistro e l'assicurato viene indennizzato considerando la lesione che prevede il periodo più lungo di ingessatura o immobilizzazione.

Nel caso in cui, nell'ambito di un medesimo *Evento*, si verificano sia un *Ricovero* che una *Ingessatura* o immobilizzazione, sarà indennizzato esclusivamente il periodo più lungo tra i due.

ART. 41 – FRANCHIGIE PER DIARIA DA RICOVERO, INGESSATURA E IMMOBILIZZAZIONE

La *Compagnia* pagherà l'indennità giornaliera all'*Assicurato* applicando, al calcolo dei giorni, una *Franchigia* pari a:

- 1 giorno per diaria da Ricovero;
- 5 giorni per diaria da ingessatura;
- 1 giorno per diaria da immobilizzazione.

Si precisa che nei casi previsti parto e aborto per cui è previsto un indennizzo forfettario, la *Franchigia* non viene applicata.

DIARIA DA CONVALESCENZA

(Garanzia opzionale)

ART. 42 – OGGETTO DELLA COPERTURA DIARIA DA CONVALESCENZA

In caso di *Ricovero* indennizzabile dalla *Polizza* secondo quanto indicato al Paragrafo XX.x – Diaria da ricovero la *Compagnia* pagherà all'*Assicurato* un'indennità giornaliera per il periodo di convalescenza domiciliare:

- prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'*Assicurato*
- comprovata da apposito certificato.

Per esclusioni e limiti della garanzia si rimanda ai seguenti articoli della sezione COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE:

- [ART. 56 – ESCLUSIONI](#)
- [ART. 57 – LIMITI](#)

La garanzia prevede dei termini carenza secondo quanto specificato all'[ART. 13 – TERMINI DI ASPETTATIVA / CARENZE](#)

ART. 43 – MASSIMALI E LIMITI DI INDENNIZZO PER DIARIA DA CONVALESCENZA

L'importo dell'indennità giornaliera è indicato nel *Modulo di polizza*. In caso di più soggetti assicurati, tale importo così come i limiti di indennizzo indicati nella tabella che segue sono da considerarsi a persona.

Tab. 12 – Limiti di indennizzo per Diaria da Convalescenza

EVENTI / PRESTAZIONI	LIMITE DI INDENNIZZO
Diaria da convalescenza post ricovero per: - Grandi Interventi - Gravi Patologie - Ricoveri in Terapia Intensiva - Trattamenti oncologici per neoplasie maligne	Massimo 60 giorni per sinistro
Diaria da convalescenza post ricovero per malattia o infortunio (diversi dai casi indicati nella riga precedente)	Massimo 30 giorni per sinistro
Diaria da convalescenza post-parto (con o senza taglio cesareo)	Indennizzo forfettario pari a 3 giorni o 6 giorni se il neonato resta ricoverato per problemi neonatali

ART. 44 – FRANCHIGIE PER DIARIA DA CONVALESCENZA

La *Compagnia* pagherà l'indennità giornaliera all'*Assicurato* applicando, al calcolo dei giorni, una *Franchigia* pari a 7 giorni. Si precisa che nei casi di parto per cui è previsto un indennizzo forfettario, la *Franchigia* non viene applicata.

SEZIONE INDENNITARIA

ART. 45 – PREMESSA

La garanzia di questa sezione è acquistabile secondo le modalità indicate all'[ART. 11 – OFFERTA ASSICURATIVA](#) e non è soggetta a valutazione di assicurabilità mediante compilazione del *Questionario Anamnestico*.

GARANZIA INDENNITARIA PER INTERVENTO CHIRURGICO

(Garanzia principale, facoltativa)

ART. 46 – OGGETTO DELLA GARANZIA INDENNITARIA PER INTERVENTO CHIRURGICO

La *Compagnia* corrisponde all'*Assicurato* un indennizzo nel caso in cui subisca:

- un intervento chirurgico a seguito di *infortunio* o *malattia*;
- un *Ricovero* per parto (con o senza taglio cesareo), aborto (spontaneo o terapeutico).

Sono inclusi anche gli interventi chirurgici effettuati in regime di Day Hospital, Day Surgery e Ambulatoriale a condizione che l'intervento rientri tra quelli riportati nell'[Allegato 5 – Elenco interventi chirurgici e classi di appartenenza](#).

L'importo indennizzato è prefissato in base della classe di appartenenza dell'intervento, indicata nella suddetta tabella.

Per esclusioni e limiti della garanzia si rimanda ai seguenti articoli della sezione **COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE:**

- [ART. 56 – ESCLUSIONI](#)
- [ART. 57 – LIMITI](#)

La garanzia prevede dei termini carenza secondo quanto specificato all'[ART. 13 – TERMINI DI ASPETTATIVA / CARENZE](#)

ART. 47 – MASSIMALI E LIMITI DI INDENNIZZO PER INDENNITARIA PER INTERVENTO CHIRURGICO

Al momento della stipula del *Contratto*, il *Contraente* ha la possibilità di scegliere tra la versione Base e la versione Plus della garanzia. Per ciascuna delle due versioni sono previste 7 classi e per ciascuna classe è prefissato l'importo indennizzabile come da tabella riportata di seguito.

Nel caso in cui l'*Assicurato* subisca più interventi nell'ambito del medesimo *Ricovero* sarà indennizzato l'intervento appartenente alla classe più alta.

Nel caso in cui l'*Assicurato* subisca più interventi nel corso dell'anno riferiti allo stesso *Infortunio* o *Malattia* sarà indennizzato esclusivamente il primo intervento.

Tab. 13 – Classi di indennizzo per Indennitaria per intervento chirurgico

Classe dell'intervento	Indennizzo per Versione Base	Indennizzo per Versione Plus
1	200	400
2	500	1.000
3	1.000	2.000
4	2.000	4.000
5	4.000	6.000
6	6.000	12.000
7	12.000	24.000

SEZIONE ASSISTENZA

ART. 48 – PREMESSA

La garanzia di questa sezione è acquistabile secondo le modalità indicate all'[ART. 11 – OFFERTA ASSICURATIVA](#) e non è soggetta a valutazione di assicurabilità mediante compilazione del *Questionario Anamnestico*.

GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA

(Garanzia principale, obbligatoria)

ART. 49 – OGGETTO DELLA GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA

La *Compagnia* mette a disposizione dell'*Assicurato* una serie di prestazioni che possono essere richieste a seconda della tipologia mediante contatto telefonico con la *Centrale Operativa* ai recapiti indicati all' [ART. 58 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO](#). Al momento della stipula del *Contratto* il *Contraente* ha la possibilità di scegliere tra la versione Base e la versione Plus della garanzia. Le prestazioni incluse sono riportate nei seguenti paragrafi. Le prestazioni previste dalla garanzia sono erogate entro i limiti indicati all' [ART. 50 – MASSIMALI PER ASSISTENZA ALLA PERSONA](#).

Per esclusioni e limiti della garanzia si rimanda ai seguenti articoli della sezione **COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE**:

- [ART. 56 – ESCLUSIONI](#)
- [ART. 57 – LIMITI](#)

La garanzia prevede dei termini carenza secondo quanto specificato all' [ART. 13 – TERMINI DI ASPETTATIVA / CARENZE](#)

49.1 – Prestazioni incluse in Assistenza alla persona – Base

1. CONSULTO CON MEDICO GENERICO O PEDIATRA

L'*Assicurato* può richiedere in caso di *Infortunio* o di una *Malattia* il contatto con un medico generico o con un pediatra 24 ore su 24. Il consulto può essere effettuato, secondo le possibilità dell'*Assicurato*, telefonicamente o in videochiamata. Sulla base delle informazioni emerse dal consulto, il medico ha facoltà di rilasciare per l'*Assicurato* prescrizione in forma di ricetta bianca (non a carico del SSN) per farmaci di tipo C o per visite specialistiche o accertamenti diagnostici.

2. CONSULTO CON MEDICO SPECIALISTA

A seguito dell'erogazione del consulto con il medico generico (o del pediatra) e della sua valutazione, l'*Assicurato* ha la possibilità di richiedere un consulto con un medico specialista, telefonico o in videochiamata. L'*Assicurato* può richiedere 24 ore su 24 l'organizzazione della visita, che sarà erogata secondo le disponibilità dei medici del network della *Centrale Operativa*.

3. INVIO DI UN MEDICO A DOMICILIO

La *Centrale Operativa* a seguito della valutazione del medico generico (o del pediatra a seconda del caso) nel corso di un primo consulto, provvede all'invio di un medico generico (o di un medico pediatra) presso il domicilio dell'*Assicurato*, inteso come luogo in cui questo si trova al momento della richiesta di assistenza.

In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, la *Centrale Operativa* organizza a proprio carico il trasferimento dell'*Assicurato*, tramite autoambulanza, in un pronto soccorso.

Questo servizio non è erogato in emergenza. In questi casi l'*Assicurato* deve sempre contattare il numero di emergenza del paese in cui si trova.

4. TRASPORTO SANITARIO ALL'ISTITUTO DI CURA PER IL RICOVERO

In caso di *Malattia* o *Infortunio*, e previa valutazione medica del caso, la *Centrale Operativa* organizza, con mezzo sanitariamente attrezzato per il trasporto, il trasferimento dell'*Assicurato* dal domicilio all'*Istituto di cura* per il *Ricovero* tenendo a carico i relativi costi.

Questo servizio non è erogato in emergenza. In questi casi l'*Assicurato* deve sempre contattare il numero di emergenza del paese in cui si trova.

5. TRASPORTO IN ALTRO ISTITUTO DI CURA ATTREZZATO

La *Centrale Operativa* organizza, con mezzo sanitariamente attrezzato per il trasporto, il trasferimento dell'*Assicurato* per il ricovero o l'intervento chirurgico da una struttura sanitaria ad un'altra più vicina e più idonea a trattare la sua patologia tenendo a carico i relativi costi.

6. RIENTRO AL DOMICILIO A SEGUITO DELLE DIMISSIONI DAL RICOVERO

La *Centrale Operativa* organizza, con mezzo sanitariamente attrezzato per il trasporto, il rientro a domicilio dell'*Assicurato* alla dimissione dal *Ricovero* tenendo a carico i relativi costi.



7. ASSISTENZA DOMICILIARE

Se l'Assicurato, a seguito di un *Infortunio* o di una *Malattia* (con o senza *Ricovero*) necessita di un periodo di convalescenza presso il proprio domicilio (certificato dall'*Istituto di cura* o dal medico curante) può richiedere alla *Centrale Operativa* assistenza (sanitaria e non sanitaria) a domicilio. In particolare, sono garantiti i seguenti servizi sanitari:

- Invio di personale medico o infermieristico;
- Invio di un OSS;
- Invio di un fisioterapista per trattamenti e cure riabilitative e rieducative;
- Diagnostica a domicilio, per elettrocardiogramma, ecografie, radiografie ed eventuali ulteriori tipologie di esami effettuabili in ambiente domiciliare;
- Trasporto e accompagnamento per visite mediche o esami diagnostici.

Sono inoltre previsti i seguenti servizi non sanitari:

- Invio colf a domicilio, per le attività di pulizia domestica;
- Accompagnamento minori, dal domicilio a scuola e viceversa;
- Invio pet sitter a domicilio, per l'accudimento dell'animale domestico;
- Consegna farmaci a domicilio (**i costi dei farmaci restano a carico dell'Assicurato**).

L'assistenza domiciliare viene erogata previa analisi delle effettive necessità dell'Assicurato in accordo con i medici della Centrale Operativa (o in alternativa il Family Coach) ed il medico curante.

8. FAMILY COACH

Questa prestazione è operativa nei casi di:

- un **Ricovero** per grande intervento chirurgico o per una grave patologia (elencate in [Allegato 2](#) e [Allegato 3](#));
- una **Malattia** che abbia come conseguenza una invalidità permanente (entro il periodo di validità della polizza);

a prescindere dal fatto che in polizza siano operative garanzie a copertura di tali rischi.

In seguito ad uno degli eventi indicati, l'Assicurato o un suo familiare caregiver, può richiedere l'attivazione di tale servizio che prevede una consulenza di orientamento personalizzato con un team multidisciplinare che comprende:

- psicologi;
- infermieri professionali;
- assistenti sociali;
- operatori specializzati in assistenza;
- medici generici della Centrale Operativa;

La consulenza è in grado di fornire:

- un servizio di orientamento ai servizi sanitari e/o sociali più opportuni in relazione alle condizioni dell'Assicurato ed al suo grado di autosufficienza;
- informazioni su servizi sanitari e/o sociali forniti dalle strutture socioassistenziali del territorio, fornendo indicazione sugli uffici deputati a svolgere queste mansioni;
- una "guida generale" contenente tutti gli adempimenti burocratici, amministrativi e normativi che regolamentano la posizione dei non autosufficienti e che devono essere attuati a tutela e presidio dell'assistito in questa condizione;
- soluzioni a problemi di vita quotidiana come vacanze in luoghi specializzati, spostamenti per cure, modifiche alla casa, semplici commissioni.
- Un piano di assistenza domiciliare **erogabile attraverso la prestazione ASSISTENZA DOMICILIARE (entro i limiti previsti dalla prestazione).**

9. ACCESSO AL NETWORK DI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI

L'Assicurato ha la possibilità di accedere ad un network nazionale di fornitori qualificati di servizi socioassistenziali tramite il supporto della *Centrale Operativa*, che individuato il fabbisogno di occuperà di mettere in contatto l'Assicurato con i professionisti adatti alle sue esigenze.

I costi delle prestazioni erogate sono a carico dell'Assicurato.

10. ACCESSO AL NETWORK SALUTE

L'Assicurato ha la possibilità di accedere ad un network nazionale di strutture sanitarie convenzionate con la *Centrale Operativa* attraverso cui richiedere:

- prestazioni specialistiche;
- esami diagnostici;
- ricoveri;

usufruendo di onorari e tariffe convenzionate. **I costi delle prestazioni erogate sono a carico dell'Assicurato.**

49.2 – Prestazioni incluse in Assistenza alla persona – Plus

Le prestazioni previste dalla versione Plus della garanzia Assistenza alla persona comprendono:

- tutte le prestazioni previste dalla versione Base;
- le prestazioni elencate di seguito.

1. SECOND OPINION

L'Assicurato ha la possibilità di richiedere un secondo parere medico, complementare rispetto a una precedente valutazione medica, da uno specialista della rete di medici della *Centrale Operativa*.



Global Assistance

Il servizio medico della *Centrale Operativa*, accertata la necessità della richiesta, attingendo alla propria banca dati, individua i migliori specialisti convenzionati relativamente al caso clinico sottoposto ed insieme all'Assicurato ne effettua la scelta finale.

Una volta ricevuta l'intera documentazione clinica e diagnostica dell'Assicurato, predispone la traduzione (se necessario) e la invia allo specialista. Una volta eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche, il medico specialista formula una risposta scritta e la inoltra alla *Centrale Operativa* o se possibile viene organizzata una sessione di videoconferenza tra l'assistito, medico specialista e medico di *Centrale Operativa*.

2. TRADUZIONE CARTELLA CLINICA

Qualora a seguito di *Ricovero* all'estero, l'Assicurato abbia la necessità di tradurre la propria *Cartella Clinica* dall'inglese, francese, spagnolo o tedesco potrà richiederne traduzione alla *Centrale Operativa*.

La traduzione avverrà solo con il consenso dell'Assicurato stesso nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in Italia sul trattamento dei dati personali. Il costo della traduzione è a carico della *Compagnia*.

3. ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITÀ

Se l'Assicurato deve sostenere spese impreviste conseguenti ad eventi di particolare e comprovata gravità, la *Centrale Operativa* provvederà al pagamento "in loco" di fatture o ad un anticipo di denaro all'Assicurato stesso **esclusivamente a fronte di garanzia che può essere fornita in patria da un soggetto terzo con una immediata copertura del prestito**.

4. VIAGGIO DI UN FAMILIARE

In caso di ricovero ospedaliero all'Estero dell'Assicurato **superiore a 5 giorni**, la *Centrale Operativa* organizza il viaggio A/R (aereo classe turistica o treno 1° classe) di un familiare.

La prestazione opera esclusivamente se non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

5. PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

Se, a seguito di *Infortunio* o *Malattia* avvenuti in viaggio all'Estero, l'Assicurato non fosse in grado di rientrare nei tempi precedentemente programmati, la *Centrale Operativa* provvederà all'organizzazione del prolungamento del soggiorno per l'Assicurato (ed eventuali familiari in viaggio) tenendo a proprio carico le spese di pernottamento.

6. RIENTRO DELL'ASSICURATO CONVALESCENTE

Nel caso in cui l'Assicurato non possa rientrare coi mezzi inizialmente previsti perché convalescente a seguito di un *Ricovero*, la *Centrale Operativa* organizzerà il rientro prendendo a carico il costo di un biglietto aereo di classe economica o treno in 1° classe.

7. RIMPATRIO SANITARIO

La prestazione è operante in caso di *Malattia* o *Infortunio* occorsi all'Estero, qualora le condizioni mediche dell'Assicurato (accertate dalla Guardia Medica della *Centrale Operativa* e il medico curante sul posto) dovessero richiederne il trasporto fino a un *Istituto di Cura* o al domicilio in Italia.

La *Centrale Operativa* organizza il rimpatrio dell'Assicurato, a giudizio del proprio servizio medico, con i seguenti mezzi:

- aereo sanitario;
- aereo di linea;
- treno in vagone letto o cuccetta di 1° classe;
- ambulanza;
- altri mezzi ritenuti idonei.

Il rientro da paesi extraeuropei (ossia ogni paese al di fuori dell'Europa Continentale compresi possedimenti, territori e dipartimenti d'oltremare), ad eccezione di quelli del bacino del Mediterraneo, verrà effettuato esclusivamente con aereo di linea.

8. TRASPORTO / RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del suo viaggio, la *Centrale Operativa* organizzerà il trasporto della salma espletando le necessarie formalità e prendendo in carico le spese necessarie e indispensabili fino al luogo di inumazione nel paese di residenza dell'Assicurato.

ART. 50 – MASSIMALI PER ASSISTENZA ALLA PERSONA

Le prestazioni di assistenza sono erogate, a seconda della versione Base o Plus entro i massimali e nel limite di sinistri (da intendersi sempre a persona) indicati nella tabella riepilogativa.

Tab. 13 – Massimali per Assistenza alla persona

PRESTAZIONE	ASSISTENZA BASE	ASSISTENZA PLUS
CONSULTO CON MEDICO GENERICO O PEDIATRA	3 sinistri per anno	3 sinistri per anno

CONSULTO CON MEDICO SPECIALISTA	3 sinistri per anno	3 sinistri per anno
INVIO DI UN MEDICO A DOMICILIO	3 sinistri per anno	3 sinistri per anno
TRASPORTO SANITARIO ALL'ISTITUTO DI CURA PER IL RICOVERO	Per ogni ricovero indennizzato dalla garanzia Rimborso Spese Mediche per Ricovero (G.I.C. e G.P. o Full) fino a € 1.500 Per sinistri non riferiti alle garanzie sopra indicate, 3 trasporti per anno entro 200km	Per ogni ricovero indennizzato dalla garanzia Rimborso Spese Mediche per Ricovero (G.I.C. e G.P. o Full) fino a € 1.500 Per sinistri non riferiti alle garanzie sopra indicate, 3 trasporti per anno entro 200km
TRASPORTO IN ALTRO ISTITUTO DI CURA ATTREZZATO	Per ogni ricovero indennizzato dalla garanzia Rimborso Spese Mediche per Ricovero (G.I.C. e G.P. o Full) fino a € 1.500 Per sinistri non riferiti alle garanzie sopra indicate, 3 trasporti per anno entro 200km	Per ogni ricovero indennizzato dalla garanzia Rimborso Spese Mediche per Ricovero (G.I.C. e G.P. o Full) fino a € 1.500 Per sinistri non riferiti alle garanzie sopra indicate, 3 trasporti per anno entro 200km
RIENTRO AL DOMICILIO A SEGUITO DELLE DIMISSIONI DAL RICOVERO	Per ogni ricovero indennizzato dalla garanzia Rimborso Spese Mediche per Ricovero (G.I.C. e G.P. o Full) fino a € 1.500 Per sinistri non riferiti alle garanzie sopra indicate, 3 trasporti per anno entro 200km	Per ogni ricovero indennizzato dalla garanzia Rimborso Spese Mediche per Ricovero (G.I.C. e G.P. o Full) fino a € 1.500 Per sinistri non riferiti alle garanzie sopra indicate, 3 trasporti per anno entro 200km
ASSISTENZA DOMICILIARE	3 sinistri per anno 5 giorni per sinistro Per ciascun sinistro, le singole prestazioni sono erogate secondo quanto specificato di seguito.	3 sinistri per anno 10 giorni per sinistro Per ciascun sinistro, le singole prestazioni sono erogate secondo quanto specificato di seguito.
ASSISTENZA DOMICILIARE: a) invio di personale medico o infermieristico	3h per giorno	3h per giorno
ASSISTENZA DOMICILIARE: b) invio di un OSS	3h per giorno	3h per giorno
ASSISTENZA DOMICILIARE: c) invio di un fisioterapista	1h per giorno	1h per giorno
ASSISTENZA DOMICILIARE: d) diagnostica a domicilio	2 esami per sinistro	2 esami per sinistro
ASSISTENZA DOMICILIARE: e) trasporto per visite mediche o esami diagnostici	2 trasporti per sinistro entro 20km dal domicilio	2 trasporti per sinistro entro 20km dal domicilio
ASSISTENZA DOMICILIARE: f) invio colf a domicilio	2h per giorno	2h per giorno
ASSISTENZA DOMICILIARE: g) accompagnamento minori	2h per giorno	2h per giorno
ASSISTENZA DOMICILIARE: h) invio pet sitter a domicilio	1h per giorno	1h per giorno

ASSISTENZA DOMICILIARE: i) consegna farmaci a domicilio	2 consegne per sinistro	2 consegne per sinistro
FAMILY COACH	Per ogni evento coperto dalla prestazione	Per ogni evento coperto dalla prestazione
ACCESSO AL NETWORK DI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI	ILLIMITATO	ILLIMITATO
ACCESSO AL NETWORK SALUTE	ILLIMITATO	ILLIMITATO
SECOND OPINION	Non prevista	3 sinistri per anno
TRADUZIONE CARTELLA CLINICA	Non prevista	3 sinistri per anno
ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITÀ	Non prevista	3 sinistri per anno massimo € 2.500 per sinistro
VIAGGIO DI UN FAMILIARE	Non prevista	3 sinistri per anno Massimo € 300 per sinistro in Italia / Europa Massimo € 500 per sinistro extra Europa
PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO	Non prevista	3 sinistri per anno Massimo € 1.000 per sinistro con il limite di € 100 al giorno per persona
RIENTRO DELL'ASSICURATO CONVALESCENTE	Non prevista	3 sinistri per anno Massimo € 300 per sinistro in Italia / Europa Massimo € 500 per sinistro extra Europa
RIMPATRIO SANITARIO	Non prevista	3 sinistri per anno Massimo € 25.000 per sinistro / anno
TRASPORTO / RIMPATRIO DELLA SALMA	Non prevista	€ 5.000

ART. 51 – ESTENSIONE TERRITORIALE

La garanzia Assistenza alla persona è valida in tutto il Mondo **ad eccezione di quanto di indicato di seguito.**

Le seguenti prestazioni sono operative esclusivamente in Italia:

- Invio di un medico a domicilio
- Assistenza domiciliare

Le seguenti prestazioni sono operative per eventi avvenuti in Italia (oltre 50km dal comune di residenza) e nel Mondo:

- Viaggio di un familiare;
- Prolungamento del soggiorno;
- Rientro dell'assicurato convalescente;
- Trasporto / Rimpatrio della salma.

La prestazione Rimpatrio Sanitario è operativa esclusivamente per sinistri avvenuti all'Estero.

SEZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE

ART. 52 – PREMESSA

Le garanzie di questa sezione sono acquistabili secondo le modalità indicate all'[ART. 11 – OFFERTA ASSICURATIVA](#) e soggette a valutazione di assicurabilità mediante compilazione del *Questionario Anamnestico* da parte di ciascun soggetto assicurato, come da [Paragrafo 12.3 – Determinazione dell'assicurabilità mediante Questionario Anamnestico](#)

INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA (IPM)

(Garanzia opzionale)

ART. 53 – OGGETTO DELLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA (IPM)

La *Compagnia* indennizza l'*Assicurato* della somma assicurata indicata nel *Modulo di polizza* in caso di malattia diagnosticata nel periodo di validità dell'assicurazione che ha come conseguenza una invalidità permanente.

In caso di cessazione dell'assicurazione è coperta l'invalidità permanente che si manifesta entro un anno dalla data di cessazione, purché la malattia sia stata diagnosticata durante il periodo di validità.

Per esclusioni e limiti della garanzia si rimanda ai seguenti articoli della sezione COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE:

- [ART. 56 – ESCLUSIONI](#)
- [ART. 57 – LIMITI](#)

La garanzia prevede dei termini carenza secondo quanto specificato all'[ART. 13 – TERMINI DI ASPETTATIVA / CARENZE](#)

ART. 54 – SOMME ASSICURATE E LIMITI DI INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA (IPM)

La somma assicurata è indicata nel *Modulo di polizza* e rappresenta l'importo massimo indennizzabile per l'intera durata contrattuale. La somma degli importi indennizzati determinati da più malattie, non potrà superare nell'arco dell'intera durata contrattuale, il capitale assicurato.

Nel caso fosse corrisposto l'intero capitale assicurato, la copertura assicurativa, relativamente a questa garanzia, per l'assicurato che ne ha usufruito cessa.

ART. 55 – FRANCHIGIE PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La Società corrisponde l'indennizzo per Invalidità Permanente da Malattia esclusivamente qualora il grado di invalidità permanente accertato sia pari o superiore al 25%. Al di sotto di tale soglia non è dovuto alcun indennizzo.

Superata la soglia, l'indennizzo è determinato applicando alla Somma Assicurata la percentuale corrispondente alla fascia in cui ricade il grado di invalidità accertato, secondo la tabella seguente.

Per ogni fascia si applica un'unica percentuale fissa, indipendentemente dal valore esatto di invalidità accertato all'interno della fascia stessa.

Esempio di liquidazione

Somma assicurata: € 100.000

Grado di invalidità accertato: 31,5%

Percentuale di indennizzo: 14% di € 100.000

Importo indennizzato: € 14.000

Tab. 14 – Percentuale di Invalidità Permanente liquidabile

Grado di invalidità accertato	Percentuale di indennizzo
Inferiore al 25%	0%
Dal 25% al 25,99%	3%
Dal 26% al 26,99%	4%
Dal 27% al 27,99%	6%
Dal 28% al 28,99%	8%
Dal 29% al 29,99%	10%
Dal 30% al 30,99%	12%
Dal 31% al 31,99%	14%

Dal 32% al 32,99%	16%
Dal 33% al 33,99%	18%
Dal 34% al 34,99%	20%
Dal 35% al 35,99%	22%
Dal 36% al 36,99%	24%
Dal 37% al 37,99%	26%
Dal 38% al 38,99%	28%
Dal 39% al 39,99%	29%
Dal 40% al 40,99%	30%
Dal 41% al 41,99%	32%
Dal 42% al 42,99%	34%
Dal 43% al 43,99%	36%
Dal 44% al 44,99%	38%
Dal 45% al 45,99%	40%
Dal 46% al 46,99%	42%
Dal 47% al 47,99%	44%
Dal 48% al 48,99%	46%
Dal 49% al 49,99%	48%
Dal 50% al 50,99%	50%
Dal 51% al 51,99%	53%
Dal 52% al 52,99%	56%
Dal 53% al 53,99%	59%
Dal 54% al 54,99%	62%
Dal 55% al 55,99%	65%
Dal 56% al 56,99%	68%
Dal 57% al 57,99%	71%
Dal 58% al 58,99%	74%
Dal 59% al 59,99%	77%
Dal 60% al 60,99%	80%
Dal 61% al 61,99%	83%
Dal 62% al 62,99%	86%
Dal 63% al 63,99%	89%
Dal 64% al 64,99%	92%
Dal 65% al 65,99%	95%
Pari o superiore al 66%	100%

COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE

ESCLUSIONI

ART. 56 – ESCLUSIONI

56.1 – Esclusioni comuni a tutte le garanzie

L'Assicurazione non è operante per:

- 1) gli stati invalidanti, *Infortuni e Malattie* (comprese le conseguenze e/o complicanze) che siano già noti, diagnosticati o curati prima della stipula dell'Assicurazione e non dichiarati con dolo o colpa grave in presenza di *Questionario Anamnestico*;
- 2) gli stati invalidanti, *Infortuni e Malattie* (comprese le conseguenze e/o complicanze) che siano già noti, diagnosticati o curati prima della stipula dell'Assicurazione in assenza di *Questionario Anamnestico*;
- 3) le prestazioni sanitarie e la cura dell'alcolismo e della tossicodipendenza e le loro conseguenze e complicanze;
- 4) le prestazioni sanitarie e le cure relative a infezione H.I.V. o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), a Epatite C e le loro conseguenze e complicanze;
- 5) le prestazioni sanitarie e le cure relative a Malattie mentali del sistema nervoso, le psicopatie in genere, le Malattie nevrotiche, incluse le sindromi ansiose o depressive, i disturbi schizofrenici, paranoici e affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), le sindromi e disturbi mentali organici;
- 6) le prestazioni sanitarie per diagnosi e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- 7) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o Malformazioni preesistenti all'effetto dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative (tranne quanto coperto per il neonato al [Paragrafo 23.4 – Interventi neonatali per malformazioni congenite](#));
- 8) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o la correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia);
- 9) le applicazioni, le cure e gli interventi aventi finalità estetiche, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (tranne quelli resi necessari da infortunio o da neoplasie maligne effettuati, durante la validità del contratto, entro 360 giorni successivi dall'intervento chirurgico demolitivo);
- 10) le visite odontoiatriche e ortodontiche, le cure odontoiatriche di qualsiasi tipo, le protesi dentarie (tranne quanto indicato al [Paragrafo 23.6 – Cure dentarie a seguito di infortunio](#));
- 11) le prestazioni sanitarie, le cure per disturbi alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata), gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità (ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea pari o superiore a 40));
- 12) le prestazioni sanitarie e le cure cellululo-tissutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche, le cure termali (ad eccezione da quanto indicato al [Paragrafo 23.1 – Prestazioni rimborsabili per ricoveri per malattia o infortunio](#));
- 13) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- 14) gli interventi qualificabili come cure palliative e/o terapie del dolore;

Sono esclusi dall'assicurazione i sinistri che siano conseguenza:

- 15) di guerre (anche civili, dichiarate o meno), rivoluzioni e insurrezioni (salvo che per gli infortuni avvenuti durante la permanenza dell'Assicurato all'estero e verificatisi entro 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra), delle occupazioni militari, delle invasioni, sommosse tumulti popolari, saccheggi, atti di sabotaggio, terrorismo e vandalismo, scioperi o serrate in cui l'Assicurato abbia avuto parte attiva;
- 16) di contaminazione da sostanze nucleari, biologiche, chimiche derivanti da atti di terrorismo o comunque non utilizzate per scopi pacifici;
- 17) diretta o indiretta di energia nucleare (reazioni nucleari, radiazioni e contaminazioni), di radiazioni dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.) tranne quando causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- 18) di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, tsunami e ogni fenomeno naturale o atmosferico avente caratteristiche di calamità naturale;
- 19) di quarantene e/o epidemie (dichiarate in Italia e/o nel luogo di destinazione del viaggio) aventi:
 - caratteristiche di pandemia dichiarata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)
 - di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità oppure da richiedere misure restrittive, tra cui limitazioni al trasporto aereo
 ad eccezione di Covid-19 e sue varianti;

La polizza inoltre non è operante per infortuni causati:

- 20) da azioni commesse dall'Assicurato stesso con dolo, autolesionismo, suicidio (tentato o consumato), reati. Sono altresì esclusi i sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato, intesa come inosservanza delle regole di diligenza più elementari, inclusi gli atti di consapevole e deliberata esposizione a rischio manifestamente sproporzionato (temerarietà). La copertura rimane operante per i sinistri o le lesioni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o nella tutela di interessi comuni con la Società,



Global
Assistance

- 21) dall'uso di aeromobili non rientranti in quelli abilitati al trasporto pubblico di linea, di apparecchi per volo da diporto o sportivo (ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendii, ecc);
- 22) dalla guida di veicoli o natanti a motore da parte dell'Assicurato maggiorenne privo della prescritta abilitazione. In caso di patente scaduta, la garanzia è operante se l'Assicurato, al momento del sinistro, risulta in possesso dei requisiti previsti per il rinnovo;
- 23) dalla pratica, a qualunque titolo, di: sport motoristici (automobilismo, motociclismo, motonautica); sport che prevedano l'utilizzo di veicoli o natanti a motore e la partecipazione a corse e gare (comprese le relative prove e allenamenti); sport aerei in genere;
- 24) dalla pratica di sport professionistici;
- 25) dalla pratica, a qualunque titolo, di sport estremi e/o pericolosi;

Sono inoltre esclusi gli infortuni avvenuti:

- 26) durante lo svolgimento della propria attività lavorativa, se rientrante tra le seguenti categorie:
 - a. piloti e assistenti di volo in servizio attivo;
 - b. forze dell'ordine, militari, vigili del fuoco, vigili urbani;
 - c. acrobati, stuntman;
 - d. artificieri, addetti alla fabbricazione di esplosivi;
 - e. minatori, cavatori con uso di esplosivi e lavoro manuale;
 - f. guardie giurate, notturne, guardie armate, portavalori;
 - g. investigatori privati;
 - h. palombari, sommozzatori, speleologi.

56.2 – Esclusioni valide per le garanzie Rimborso Spese Mediche per Ricovero G.I.C. e G.P. e Rimborso Spese Mediche per Ricovero Full e Diaria per Ricovero, Ingessatura e Immobilizzazione

La polizza non è operante per:

- 1) le degenze in Case di Riposo o RSA per convalescenza, lungodegenza anche quando tali strutture rientrano nell'ambito di Istituti di Cura;
- 2) i ricoveri, incluso Day Hospital, effettuati allo scopo di praticare check-up clinici o avvenuti al fine di effettuare visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici che, per loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio.

56.3 – Esclusioni valide per le garanzie Rimborso Spese Mediche Extra Ricovero – Base Visite Specialistiche e Rimborso Spese Mediche Extra Ricovero – Plus

La polizza non copre le visite:

- 1) odontoiatriche, ortodontiche;
- 2) pediatriche;
- 3) ginecologiche (eccetto quelle riferite a patologie neoplastiche)
- 4) oculistiche se limitate al controllo del visus.

56.4 - Esclusioni valide per la garanzia Diaria da Ricovero, Ingessatura e Immobilizzazione

La polizza non copre:

- 1) la diaria da ricovero in caso di:
 - a. ricoveri in day hospital, day surgery;
 - b. interventi chirurgici in regime ambulatoriale;
 - c. accertamenti in Pronto Soccorso anche se con permanenza superiore a 24h
- 2) la diaria da ingessatura in caso di applicazione dei seguenti apparecchi:
 - a. Bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi";
 - b. Apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili;
 - c. Bendaggi elastici adesivi (Tentoplast, etc.);
 - d. Ortesi in genere (app. di posizione – es.: plantari);
 - e. Collari Schantz, Camp, simili;
 - f. Ginocchiere DonJoy e Stecche di Zimmer se applicate per casistiche differenti da quelle indicate come incluse.
- 3) la diaria per immobilizzazione per fratture differenti da quelle indicate come incluse.

56.5 – Esclusioni valide per la garanzia Assistenza

La *Compagnia* non risarcisce i danni:

- 1) causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'Assistenza;
- 2) conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e non prevedibile;

In relazione alla prestazione Rimpatrio Sanitario la polizza esclude:

- 3) il caso in cui l'Assicurato o i suoi familiari richiedano le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura dove è ricoverato l'Assicurato;

In relazione alla prestazione Trasporto / Rimpatrio della Salma, la polizza esclude:

- 4) le spese di ricerca, quelle funerarie e di inumazione ed eventuale recupero della salma.

56.6 – Esclusioni valide per la garanzia Invalidità Permanente per Malattia

La polizza non è operante per le conseguenze dovute a:



**Global
Assistance**

- 1) ***Infortunio***;
- 2) cure dimagranti, dietetiche, interventi di carattere estetico;
- 3) chirurgia plastica, stomatologica, ricostruttiva riferita ad eventi insorti anteriormente alla sottoscrizione del contratto;
- 4) malattie tropicali;
- 5) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- 6) cure e/o interventi chirurgici per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- 7) cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto.

LIMITI

ART. 57 – LIMITI

57.1 – Limiti validi per le garanzie Rimborso Spese Mediche per Ricovero G.I.C. e G.P. e Rimborso Spese Mediche per Ricovero Full

La polizza non copre:

- 1) le spese per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di apparecchi terapeutici, protesici ed ortopedici (tranne quanto indicato al [Paragrafo 23.1 – Prestazioni rimborsabili per ricoveri per malattia o infortunio](#) al punto C. DOPO IL RICOVERO);
- 2) le spese per l'acquisto di lenti a contatto, lenti da vista, montature di occhiali;
- 3) le spese non direttamente inerenti alla cura o l'intervento, quali ad esempio le spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili.

57.2 – Limiti validi per le garanzie Rimborso Spese Mediche per Ricovero G.I.C. e G.P. e Rimborso Spese Mediche per Ricovero Full e Rimborso Spese Mediche Base – Visite Specialistiche e Rimborso Spese Mediche Plus

La polizza non copre:

- 1) i farmaci, le visite ed i trattamenti medici e chirurgici di terapie di Medicina alternativa o complementare o di Medicina non ufficiale, l'agopuntura non praticata da un medico

57.3 – Limiti per la garanzia Diaria da Convalescenza

La diaria da convalescenza non è cumulabile con la Diaria da Ingessatura o da Immobilizzazione.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Premessa

La gestione dei sinistri relativi alla garanzia Assistenza alla Persona e a tutte le garanzie della Sezione Rimborso Spese Mediche è stata affidata dalla *Compagnia* alla **Centrale Operativa**.

La *Compagnia*, lasciando invariati la portata e i limiti di tali prestazioni, ha la facoltà di variare l'Impresa autorizzata a cui affidare tali servizi comunicando al *Contraente* i nuovi recapiti senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 58 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di *Sinistro*, l'*Assicurato* deve darne avviso alla *Compagnia* ed inviarne la denuncia secondo quanto indicato per le singole garanzie agli articoli successivi.

La denuncia deve essere inviata alla *Società* per raccomandata A/R o altri mezzi che ne consentano di comprovare la data di invio, eventualmente anche attraverso:

- l'Intermediario che ha in gestione il contratto;
- altra persona autorizzata nel caso in cui l'*Assicurato* sia oggettivamente impossibilitato a farlo.

In caso di *Sinistro* indennizzabile a termini di contratto, l'*Assicurato* od i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla *Società* ed alle indagini necessarie per la determinazione del diritto all'indennizzo, compresa eventuale visita medico-legale che la *Compagnia* dovesse ritenere utile;
- 2) fornire alla Centrale Operativa e/o alla *Compagnia* ogni informazione necessaria per la verifica del diritto alle prestazioni previste dal contratto, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- 3) mettere a disposizione della *Compagnia*, su semplice richiesta di quest'ultima, sia gli originali della documentazione medica che dei giustificativi di spesa.

L'inadempimento ai suddetti obblighi può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Di seguito i recapiti per la denuncia di sinistro per le diverse sezioni:

PER SINISTRI RELATIVI ALLE GARANZIE DELLA SEZIONE:

RIMBORSO SPESE MEDICHE

Contattando la Centrale Operativa ai seguenti recapiti:

Per chiamate dall'Italia: 800 594 594
e dall'estero: +39.011.7417179

tramite il portale o l'app
<https://www.blueassistance.it/>

Inviando richiesta di rimborso tramite il portale o l'app al medesimo indirizzo

PER SINISTRI RELATIVI ALLE GARANZIE DELLE SEZIONI:

DIARIE **INDENNITARIE** **INVALIDITÀ PERMANENTE**

Raccomandata A/R: Global Assistance Spa – Piazza Diaz, 6 – 20123 Milano

E-mail: servizio.liquidazioni@globalassistance.it

PER SINISTRI RELATIVI ALLE GARANZIE DELLE SEZIONI:

ASSISTENZA

Contattando la Centrale Operativa ai seguenti recapiti:

Per chiamate dall'Italia: 800 295 122
e dall'estero: +39.011.7425601

ART. 59 – NORME VALIDE PER I SINISTRI RELATIVI ALLE GARANZIE DELLA SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

59.1 – Cosa fare in caso di sinistro

L'Assicurato che debba essere ricoverato, sostenere un *Intervento Chirurgico*, effettuare un Accertamento Diagnostico o una Visita Specialistica potrà avvalersi delle seguenti opzioni:

- **Pagamento diretto** delle spese mediche da parte della Società alle Strutture Sanitarie e ai Medici convenzionati, a norma del [Paragrafo 59.2 – Modalità di pagamento diretto](#), attivati dall'Assicurato tramite la Centrale Operativa Medica;
- **Pagamento a rimborso** delle spese mediche sostenute se le prestazioni sanitarie vengono effettuate non utilizzando la rete delle Strutture Sanitarie e Medici convenzionati, seguendo le modalità indicate al [Paragrafo 59.3 – Modalità di pagamento a rimborso](#);
- **Indennità sostitutiva**: per ricoveri presso Istituti di cura del Servizio Sanitario Nazionale o Strutture con questo convenzionate o accreditate ottenendo la corresponsione dell'indennità sostitutiva, a norma del [Paragrafo 23.5 – Indennità sostitutiva](#) e del [Paragrafo 59.4 – Modalità di pagamento: indennità sostitutiva](#).

59.2 – Modalità di pagamento diretto

Quando l'Assicurato decide di servirsi di una delle Strutture Sanitarie Convenzionate, la *Compagnia* provvede al pagamento diretto delle spese inerenti:

- al Ricovero;
- all'*Intervento Chirurgico*;
- all'Alta Diagnostica;
- alle Visite Specialistiche

inclusa l'eventuale eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi di quanto specificato per le singole garanzie.

L'elenco dettagliato delle Strutture sanitarie e dei medici convenzionati con la Centrale Operativa Medica è consultabile nell'apposita sezione "Strutture Sanitarie Convenzionate" dell'Area Riservata del sito <https://www.blueassistance.it/>

Eventuali modifiche negli accordi con le Strutture sanitarie ed i Medici convenzionati così come l'eventuale cessazione di convenzioni, non possono essere invocate come motivo di anticipata risoluzione del contratto di assicurazione.

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalle Strutture sanitarie e dai medici convenzionati.

Per usufruire del pagamento diretto delle spese, l'Assicurato dovrà preventivamente ed obbligatoriamente contattare, con almeno 3 (tre) giorni lavorativi di anticipo salvo i casi di comprovata urgenza, tramite uno dei seguenti canali indicati all'[ART. 58 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO](#):

- telefonicamente (in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 12.00, esclusi i festivi);
- tramite portale o app, accessibili dal sito web indicato al medesimo articolo.

In questo caso la richiesta viene considerata a tutti gli effetti contrattuali la denuncia del sinistro.

L'Assicurato dovrà fornire i seguenti dati:

1. Numero di polizza;
2. Nome e Cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;
3. Prescrizione medica del ricovero per intervento chirurgico, con indicazione della procedura chirurgica che dovrà essere effettuata
Prescrizione medica del ricovero dovuto ad accertamenti diagnostici e cure, con indicazione del motivo medico che rende necessaria l'ospedalizzazione dell'assicurato
4. Prescrizione medica delle eventuali visite specialistiche / esami diagnostici / prestazioni di alta diagnostica, con indicazione del quesito diagnostico
5. Luogo o recapito telefonico per successivi contatti;
6. Indicazione dell'Istituto di cura e/o dei medici convenzionati già scelti e/o prenotati, che dovrà in ogni caso essere sempre confermata dalla Centrale Operativa Medica.

La *Centrale Operativa Medica*, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione, incluse le verifiche delle regolarità amministrative del contratto assicurativo, provvede all'individuazione della Struttura Sanitaria Convenzionata, in accordo con l'Assicurato, e alla conferma allo stesso dell'avvenuta prenotazione della prestazione (se non precedentemente già effettuata dall'Assicurato stesso, come da punto 6) nonché dell'operatività del pagamento diretto.

A tale scopo concorda con l'Assicurato la modalità di trasmissione della copia del documento di presa in carico della prestazione, che riepiloga limiti di polizza e diritti ed obblighi rispettivamente della *Compagnia* e dell'Assicurato verso le Strutture Sanitarie Convenzionate.

All'accettazione, presso la Struttura Sanitaria Convenzionata, sarà sufficiente che l'Assicurato presenti la comunicazione di presa in carico.

La Centrale Operativa Medica, in seguito, pagherà direttamente alla Struttura Sanitaria Convenzionata le spese, garantite a termini di contratto, in luogo dell'Assicurato.

L'Assicurato dovrà provvedere al pagamento delle spese non rimborsabili (dovute ad eventuali franchigie/scoperti, superamento di limiti e massimali ed esclusioni) prima di lasciare la Struttura.

Resta inteso che il Pagamento diretto non sarà comunque possibile nei seguenti casi:

- a) quando non è stato confermato il pagamento diretto dalla Centrale Operativa Medica;
- b) quando le spese sono relative a *Ricoveri o Interventi Chirurgici* diversi da quelli per cui è stato confermato il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa Medica;
- c) quando i *Ricoveri o gli Interventi Chirurgici* sono effettuati in *Forma Mista* per tutto ciò che concerne le prestazioni erogate da medici o Strutture Sanitarie non convenzionate con la Centrale Operativa Medica;
- d) quando dovessero emergere irregolarità amministrative e/o variazioni del rischio non preventivamente comunicate alla *Compagnia*.

Per tutti questi casi la liquidazione di quanto dovuto a termini di contratto avverrà con il pagamento a rimborso in base alle norme riportate nel paragrafo successivo.

Il pagamento diretto non pregiudica comunque il diritto della *Compagnia* a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti che dovessero essere rilevate anche successivamente il *Ricovero*, l'*Intervento Chirurgico* o la prestazione medica in genere.

59.3 – Modalità di pagamento a rimborso

In caso di richiesta di rimborso l'Assicurato dovrà inviare alla *Centrale Operativa* ai recapiti indicati all'[**ART. 58 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO**](#) e allegando:

- a) copia conforme agli originali delle fatture/ parcelle mediche, debitamente quietanzate;
- b) la seguente documentazione:
 - 1) in caso di *Ricovero*, la copia conforme all'originale della Cartella Clinica completa rilasciata dalla struttura sanitaria;
 - 2) in caso di *Intervento ambulatoriale*, la copia completa della relazione medica riportante il dettaglio delle prestazioni effettuate;
 - 3) la richiesta medica delle eventuali visite specialistiche/esami di alta diagnostica effettuate, che riporti la patologia presunta e/o la relativa diagnosi e/o l'indagine diagnostica.

In caso di documenti scritti in lingua estera l'Assicurato dovrà fornire, se richiesto dalla *Compagnia*, la traduzione in italiano della documentazione prodotta. **Gli eventuali costi di traduzione restano a carico dell'Assicurato.**

La Società, in ogni caso, si riserva la facoltà di richiedere gli originali delle fatture mediche.

La Società, per poter procedere alla definizione del sinistro, potrà richiedere successivamente ulteriore documentazione che l'Assicurato sarà tenuto a trasmettere. L'inadempimento di tale obbligo comporta, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile:

- in caso di inadempimento doloso, la perdita totale del diritto all'indennizzo;
- in caso di inadempimento colposo, la riduzione dell'indennizzo in misura proporzionale al pregiudizio effettivamente subito dalla *Compagnia* per effetto dell'inadempimento.

In caso di *Ricovero o Intervento Chirurgico* effettuato in *Forma Mista* la *Compagnia* provvede a rimborsare all'Assicurato, nei termini contrattuali previsti, le spese sostenute relative a quanto resti al di fuori del Circuito Convenzionato.

In riferimento al *Ricovero*, la *Compagnia* provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato:

- 1) solo a dimissione avvenuta;
 - 2) entro 60 giorni dalla ricezione della documentazione completa;
- liquidando l'importo dovuto al netto dell'eventuale franchigia e scoperto.

59.4 – Modalità di pagamento: indennità sostitutiva

L'indennità sostitutiva è una modalità valida esclusivamente per le garanzie **Rimborso Spese Mediche per Ricovero G.I.C. e G.P. e Rimborso Spese Mediche per Ricovero Full.**

Nel caso in cui l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a Istituti di cura del Servizio Sanitario Nazionale o a strutture con questo convenzionate o accreditate o in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante il ricovero la Società corrisponde l'indennità sostitutiva secondo quanto indicato alla [**Tabella 7 – Limiti di indennizzo per Indennità sostitutiva**](#).

L'Assicurato dovrà inviare alla *Compagnia* la denuncia del sinistro compilando il "Modulo di denuncia" (presente come allegato alle Condizioni di Assicurazione) e allegando cartella clinica completa e documentazione medica attestante durata e motivo del Ricovero.

La *Compagnia* provvederà al pagamento dell'indennità:

- 1) solo a dimissione avvenuta;
- 2) entro 60 giorni dalla ricezione della documentazione completa.

Le eventuali spese relative a quanto indicato al [Paragrafo 23.1 – Prestazioni rimborsabili per ricoveri per malattia o infortunio](#) in relazione ai punti:

- A. Prima del ricovero;
- C. Dopo il ricovero;

saranno rimborsate, nei termini previsti dalla garanzia operante secondo le modalità (a pagamento diretto o a rimborso) descritte nei paragrafi precedenti.

ART. 60 – NORME VALIDE PER I SINISTRI RELATIVI ALLE GARANZIE DELLA SEZIONE DIARIE

60.1 – Cosa fare in caso di sinistro – Garanzia Diaria da Ricovero, Ingessatura e Immobilizzazione

In caso di *Sinistro* l'Assicurato deve inviare alla *Compagnia*, entro 15 giorni da quello in cui è avvenuto il *Ricovero*, la denuncia di sinistro compilando il "Modulo di denuncia" (presente come allegato alle Condizioni di Assicurazione) e allegando la documentazione seguente documentazione:

- 1) Per la *Diaria da Ricovero*, copia conforme all'originale della cartella clinica completa rilasciata dalla struttura sanitaria ed ogni documentazione sanitaria relativa alla degenza;
- 2) Per la *Diaria da Ingessatura*, copia del certificato di Pronto Soccorso attestante l'infortunio, copia del certificato dell'Istituto di cura o del personale medico specializzato che ha applicato la gessatura (o l'equivalente coperto da polizza) e del certificato rilasciato al momento della rimozione della gessatura stessa;
- 3) Per la *Diaria da Immobilizzazione*, copia del certificato di Pronto Soccorso attestante l'infortunio, radiografie e referti con l'indicazione della prognosi circa il periodo di immobilizzazione.

L'inadempimento di tale obbligo comporta, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile:

- in caso di inadempimento doloso, la perdita totale del diritto all'indennizzo;
- in caso di inadempimento colposo, la riduzione dell'indennizzo in misura proporzionale al pregiudizio effettivamente subito dalla Compagnia per effetto dell'inadempimento.

60.2 – Cosa fare in caso di sinistro – Garanzia Diaria da Convalescenza

Successivamente al *Ricovero*, l'Assicurato deve inviare entro 15 giorni dalle dimissioni la denuncia di sinistro compilando il "Modulo di denuncia" (presente come allegato alle Condizioni di Assicurazione) e allegando certificato medico in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'Assicurato.

L'inadempimento di tale obbligo comporta, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile:

- in caso di inadempimento doloso, la perdita totale del diritto all'indennizzo;
- in caso di inadempimento colposo: la riduzione dell'indennizzo in misura proporzionale al pregiudizio effettivamente subito dalla Compagnia per effetto dell'inadempimento.

60.3 – Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la *Compagnia*:

- a degenza ospedaliera e convalescenza ultimata;
- o alla rimozione dell'ingessatura
- o al termine del periodo di immobilizzazione certificato;

provvederà alla determinazione dell'indennità dovuta, dandone comunicazione all'Assicurato.

La *Compagnia* provvederà alla liquidazione dell'importo dovuto entro 60 giorni dalla ricezione della documentazione completa.

Nel caso in cui la *Compagnia* ritenesse opportuno procedere con l'invio di un'offerta, la liquidazione avverrà soltanto previa accettazione dell'importo da parte dell'Assicurato.

Il diritto all'Indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato ed offerto.

ART. 61 – NORME VALIDE PER I SINISTRI RELATIVI ALLE GARANZIE DELLA SEZIONE INDENNITARIE

61.1 – Cosa fare in caso di sinistro – Garanzia Indennitaria per Intervento Chirurgico

Successivamente all'*Intervento Chirurgico*, l'Assicurato deve inviare entro 30 giorni dalle dimissioni denuncia di sinistro compilando il "Modulo di denuncia" (presente come allegato alle Condizioni di Assicurazione) e allegando:

- copia conforme all'originale della cartella clinica relativa all'intervento;
- in caso di intervento in regime ambulatoriale o di Day Hospital, certificato medico rilasciato dall'ospedale attestante l'intervento chirurgico.

La *Compagnia* ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione utile alla valutazione del *Sinistro*, secondo quanto stabilito all'[ART. 58 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO](#)

61.2 – Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la *Compagnia* provvederà alla determinazione dell'indennità dovuta, dandone comunicazione all'Assicurato.

La *Compagnia* provvederà alla liquidazione dell'importo dovuto entro 60 giorni dalla ricezione della documentazione completa.

Nel caso in cui la *Compagnia* ritenesse opportuno procedere con l'invio di un'offerta, la liquidazione avverrà soltanto previa accettazione dell'importo da parte dell'Assicurato.

Il diritto all'Indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato ed offerto.

ART. 62 – NORME VALIDE PER I SINISTRI RELATIVI ALLE GARANZIE DELLA SEZIONE ASSISTENZA

62.1 – Cosa fare in caso di sinistro – Garanzia Assistenza alla Persona

Per usufruire delle prestazioni di assistenza l'Assicurato dovrà attivare la **Centrale Operativa**, contattandola preventivamente al numero telefonico indicato all'**Art. 58 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO**.

Al fine di ottenere un tempestivo intervento, si dovranno comunicare, oltre alle proprie generalità, i seguenti ulteriori dati:

- numero di Polizza;
- prestazione richiesta;
- luogo e recapito telefonico per i successivi contatti.

L'inadempimento dell'obbligo sopra indicato comporta la **decadenza dal diritto alla prestazione di assistenza o alla Garanzia**. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la *Compagnia* non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

ART. 63 – NORME VALIDE PER I SINISTRI RELATIVI ALLE GARANZIE DELLA SEZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE

63.1 – Cosa fare in caso di sinistro – Garanzia Invalidità Permanente da Malattia

L'Assicurato deve denunciare la malattia **entro 10 giorni** da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia diagnosticata, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata.

La denuncia, corredata dal certificato medico sulla natura della malattia, deve essere inviata ai recapiti della *Compagnia* riportati all'**ART. 58 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO**.

L'Assicurato deve fornire inoltre ogni ulteriore documentazione utile e collaborare con la *Compagnia* con la necessaria diligenza e buona fede al fine di favorire le opportune indagini ed i necessari accertamenti.

A questo fine l'Assicurato deve inviare periodicamente alla *Compagnia* le informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri e ogni altro documento a sua disposizione in grado contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti e, su richiesta della *Compagnia*, deve inoltre:

- **sottoporsi in Italia agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente;**
- **fornire alla Società, in caso di guarigione clinica della malattia denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico;**
- **nei casi diversi dal punto precedente, richiedere alla *Compagnia* di procedere all'accertamento dei postumi secondo le modalità ed i criteri riportati nel successivo **Paragrafo 63.2 – Criteri di valutazione - Accertamento del grado di IP da Malattia (Adozione tabella INAIL)****

L'inadempimento agli obblighi di cui al presente articolo comporta, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile:

- in caso di inadempimento doloso, la perdita totale del diritto all'indennizzo;
- in caso di inadempimento colposo, la riduzione dell'indennizzo in misura proporzionale al pregiudizio effettivamente subito dalla *Compagnia* per effetto dell'inadempimento.

L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

Si precisa che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

63.2 – Criteri di valutazione e accertamento del grado di IP da Malattia (Adozione tabella INAIL)

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata e determinata in Italia, con riferimento alla Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. n. 1124 del 30 Giugno 1965 (Tabella INAIL) e sue successive modifiche e/o integrazioni.

In particolare:

- nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella sopra menzionata, la percentuale di invalidità è stabilita con riferimento alle percentuali dei casi indicati, **tenendo conto della misura nella quale è in via definitiva, diminuita la capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.**
- Per organi o arti che abbiano subito una minorazione, anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali di invalidità previste dalla Tabella sopra citata per la perdita totale degli stessi, **vengono ridotte in proporzione alla definitiva perdita funzionalità di detti organi o arti.**
- In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla tabella sopra menzionata **sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.**
- La minorazione o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, **con il massimo del 100%.**

Il grado di invalidità permanente viene valutato nel periodo compreso **tra i 6 mesi ed entro i 18 mesi** decorrenti dalla data di denuncia della malattia.

Tale periodo è convenzionalmente fissato sulla base di criteri medico legali che definiscono le tempistiche necessarie alla stabilizzazione dei postumi in caso di malattia.

Trascorsi i **6 mesi** sopra indicati e sino allo scadere dei **18 mesi**, la *Compagnia* s'impegna a comunicare all'*Assicurato* l'esito della valutazione del *Sinistro* entro **90 giorni** dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche.

Prima del decorso dei **6 mesi**, la *Compagnia* non effettuerà alcuna valutazione del grado di invalidità permanente.

Decorsi i **18 mesi** (indipendentemente dalla guarigione clinica della malattia denunciata ed anche in assenza della produzione da parte dell'*Assicurato* del certificato medico attestante la guarigione e i postumi invalidanti stabilizzati) la *Compagnia* effettua comunque la valutazione medico legale atta ad accertare gli eventuali postumi invalidanti e si impegna a comunicare all'*Assicurato* l'esito della valutazione del sinistro **entro 90 giorni**, decorrenti dallo scadere dei **18 mesi**.

L'accertamento dell'invalidità può avvenire anche al domicilio dell'*Assicurato* nel caso in cui sia comprovata la sua impossibilità a recarsi a visita medica.

In ogni caso l'*Assicurato* deve interrompere il termine di prescrizione (art. 2952 del Codice Civile).

Le Invalidità Permanenti da Malattia già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

63.3 – Criteri di indennizzabilità - Franchigia

La Società corrisponde l'indennizzo spettante per le conseguenze dirette ed esclusive della singola malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da malattie/invalidità coesistenti.

Nel corso dell'*Assicurazione*, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di un ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia nel caso in cui rappresentino malattia/invalidità concorrenti.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità permanente andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Nessun indennizzo è dovuto all'*Assicurato* quando l'invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 25%.

La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali di franchigie riportate nella [Tab. 14 – Percentuale di Invalidità Permanente Liquidabile](#).

63.4 – Criteri di liquidazione dell'Invalidità Permanente da Malattia

La Società, compiuti gli accertamenti del caso, liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasmissibile agli eredi o aventi causa.

Tuttavia, se l'*Assicurato* decede, per cause diverse dalla malattia denunciata, e dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti e verifiche, ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'indennizzo in favore dell'*Assicurato*, la Società, previa produzione del certificato di morte dell'*Assicurato*, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato oppure, in mancanza
- l'importo offerto.

Se l'*Assicurato* decede per cause diverse dalla malattia denunciata e prima che siano stati effettuati gli accertamenti e verifiche necessari, la *Compagnia* liquida agli eredi o aventi causa, previa produzione del certificato di morte dell'*Assicurato*, l'importo oggettivamente determinabile dalla stessa con le modalità e nei termini stabiliti dai precedenti paragrafi, ciò a condizione che gli eredi o aventi causa dimostrino:

- la stabilizzazione dei postumi invalidanti mediante produzione del certificato di guarigione od equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero;
- l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla malattia generante lo stato di invalidità (es. decesso dell'*Assicurato* a causa di incidente stradale).

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della *Compagnia*, gli eredi o aventi causa **dovranno autorizzare l'autopsia dell'*Assicurato***, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; **a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'*Assicurato*.**

Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dovranno fornire alla Società:

- certificato di stato di famiglia relativo all'*Assicurato*;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

La Società s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro **entro 90 giorni** dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

ART. 64 – DOCUMENTAZIONE FISCALE RIMBORSO DA TERZI

La *Compagnia* restituisce all'*Assicurato* gli eventuali originali richiesti delle fatture, notule e distinte relative ai pagamenti effettuati direttamente dall'*Assicurato* alle Strutture mediche non Convenzionate.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione 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, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

ART. 65 – CONTROVERSIE ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del *Sinistro* o sulla quantificazione o congruità economica delle prestazioni sanitarie fatturate, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

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 dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo 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.

ALLEGATO 1

TABELLA DEI “COEFFICIENTI DI INCREMENTO ANNUO DEL PREMIO PER ETÀ”

I Coefficienti che seguono, differenziati per età e per tipologia di Garanzia, si applicano al Valore cui il Premio individuale, per singola Garanzia acquistata, ammontava alla ricorrenza annuale antecedente, per ottenere il Premio di rinnovo aggiornato dell'annualità successiva.

Età assicurato	Garanzia Rimborso spese mediche da Ricovero / Extra ricovero	Garanzia Diaria da Ricovero / da Convalescenza
0 anni	/	/
1	1,0000	1,0000
2	1,0000	1,0000
3	1,0000	1,0000
4	1,0000	1,0000
5	1,0000	1,0000
6	1,0400	1,0000
7	1,0400	1,0000
8	1,0400	1,0000
9	1,0400	1,0000
10	1,0400	1,0000
11	1,0400	1,0000
12	1,0400	1,0000
13	1,0400	1,0000
14	1,0400	1,0000
15	1,0400	1,0000
16	1,0400	1,2500
17	1,0400	1,0000
18	1,0400	1,0000
19	1,0400	1,0000
20	1,0400	1,0000
21	1,0400	1,0000
22	1,0400	1,0000
23	1,0400	1,0000
24	1,0400	1,0000
25	1,0300	1,0000
26	1,0300	1,0000
27	1,0300	1,0000
28	1,0300	1,0000
29	1,0300	1,0000
30	1,0300	1,0000
31	1,0300	1,1000
32	1,0300	1,0295
33	1,0300	1,0153
34	1,0300	1,0152
35	1,0300	1,0151
36	1,0300	1,0237
37	1,0300	1,0369
38	1,0300	1,0146
39	1,0300	1,0145
40	1,0250	1,0145
41	1,0250	1,0204
42	1,0250	1,0354
43	1,0250	1,0142
44	1,0250	1,0141
45	1,0250	1,0141
46	1,0250	1,0250
47	1,0250	1,0250
48	1,0250	1,0139
49	1,0250	1,0139

50	1,0300	1,0139
51	1,0300	1,0379
52	1,0300	1,0249
53	1,0300	1,0136
54	1,0300	1,0137
55	1,0300	1,0324
56	1,0300	1,0212
57	1,0300	1,0213
58	1,0300	1,0213
59	1,0300	1,0213
60	1,0300	1,0173
61	1,0300	1,0255
62	1,0300	1,0214
63	1,0300	1,0297
64	1,0300	1,0132
65	1,0300	1,0132
66	1,0300	1,0299
67	1,0300	1,0331
68	1,0300	1,0130
69	1,0300	1,0130
70	1,0300	1,0130
71	1,0300	1,0355
72	1,0300	1,0468
73	1,0300	1,0126
74	1,0300	1,0127
75	1,0200	1,0127

Aggiornamento dei premi relativi alla Garanzia “Invalidità Permanente da Malattia”, in base all’età raggiunta, alle date di rinnovo e ai singoli Assicurati inclusi in polizza per i quali tale Garanzia è operante. L’Aggiornamento del *Premio* di tale garanzia si ottiene applicando al *premio* imponibile in corso i seguenti coefficienti, differenziati per fasce di età:

ANNI COMPIUTI:	fino a:	da / a:						
ETÀ AL RINNOVO:	30	31 / 35	36 / 40	41 / 45	46 / 50	51 / 55	56 / 65	66 / 75
Coefficiente di incremento premio:	0,80	0,96	1,44	2,00	2,64	3,20	4,00	4,50

ALLEGATO 2

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

COLLO	1. Gozzo retrosternale con mediastinotomia 2. Resezione dell'esofago cervicale 3. Tiroidectomia allargata per neoplasia maligna
ADDOME (parete addominale)	1. Laparatomia esplorativa per occlusione con resezione 2. Laparatomia con sutura viscerale
PERITONEO	1. Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
ESOFAGO	1. Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico 2. Interventi con esofagoplastica
STOMACO - DUODENO	1. Resezione gastrica 2. Gastrectomia totale 3. Gastrectomia allargata 4. Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria 5. Intervento per fistola gastro-digiunocolica 6. Sutura di perforazioni gastriche ed intestinali non traumatiche 7. Mega-esofago ed esofagite da reflusso 8. Cardioplastica
INTESTINO	1. Colectomie parziali 2. Colectomia totale
RETTO E ANO	1. Interventi per neoplasie del retto-ano se per via addominoperineale 2. Operazione per megacolon 3. Proctocolectomia totale
FEGATO	1. Drenaggio di ascesso epatico 2. Interventi per echinococchi 3. Resezioni epatiche 4. Derivazioni biliodigestive 5. Interventi sulla papilla di Water 6. Reinterventi sulle vie biliari 7. Interventi chirurgici per ipertensione portale
PANCREAS	1. Interventi per pancreatite acuta 2. Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche 3. Interventi per pancreatite cronica 4. Interventi per neoplasie pancreatiche
INTERVENTI SUL MEDIASTINO	1. Interventi per tumori
INTERVENTI SUL POLMONE	1. Interventi per fistole bronchiali 2. Interventi per echinococco 3. Resezioni segm. e lobectomia 4. Pneumectomia 5. Tumori della trachea
CARDIOCHIRURGIA	1. Correzione difetto del setto interatriale 2. Correzione difetto del setto interventricolare senza ipertensione polmonare 3. Valvulotomia singola o multipla per stenosi polmonare 4. Plastica valvolare mitralica o aortica 5. Correzione di stenosi aortica sottovalvolare a diaframma 6. Sostituzione valvola singola: aortica-mitralica-tricuspidale 7. Anuloplastica valvola singola 8. By-pass aorto-coronarico singolo 9. Embolectomia della polmonare 10. Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi 11. Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale 12. Correzione impianto anomalo coronarie 13. Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica 14. Correzione canale atrioventricolare completo

	15. Finestra aorto-polmonare 16. Correzione di ventricolo unico 17. Correzione di ventricolo destro a doppia uscita 18. Correzione di "truncus arteriosus" 19. Correzione di coartazioni aortiche di tipo fetale 20. Correzione di coartazioni aortiche multiple o molto estese 21. Correzione di stenosi aortiche infundibulari 22. Correzione di stenosi aortiche sopravalvolari 23. Correzione di trilogia di Fallot 24. Correzione di tetralogia di Fallot 25. Correzione di atresia della tricuspide 26. Correzione di pervietà interventricolare ipertesa 27. Correzione di pervietà interventricolare con "debanding" 28. Correzione di pervietà interventricolare con insufficienza aortica 29. Sostituzioni valvolari multiple 30. By-pass aortocoronarici multipli 31. Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico 32. Aneurismi aorta toracica 33. Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio 34. Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto 35. Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti 36. Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici 37. Asportazione di tumori intercardiaci 38. Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso 39. Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale 40. Pericardiectomia totale e parziale
NEUROCHIRURGIA	1. Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche 2. Intervento per encefalomeningocele 3. Intervento per craniostenosi 4. Interventi per traumi cranio cerebrali 5. Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre) 6. Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale 7. Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale 8. Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici 9. Anastomosi endocranica dei nervi cranici 10. Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale 11. Asportazione tumori dell'orbita 12. Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.) 13. Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (Aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose) 14. Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche 15. Psicochirurgia 16. Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica 17. Intervento per epilessia focale e callosotomia 18. Emisferectomia 19. Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore 20. Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore 21. Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto 22. Anastomosi dei vasi extra-intracranici 23. Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo 24. Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario 25. Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari 26. Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, ecc.) 27. Interventi per traumi vertebro-midollari 28. Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica

	29. Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore 30. Somatotomia vertebrale 31. Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore 32. Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica 33. Asportazione di ernia del disco lombare 34. Spondilolistesi 35. Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, ecc.) 36. Cordotomia e mielotomia percutanea
NERVI PERIFERICI	1. Interventi sul plesso brachiale
CHIRURGIA VASCOLARE	1. Operazioni sulla aorta toracica e sulla aorta addominale 2. Operazioni sui vasi arteriosi del collo
CHIRURGIA PEDIATRICA	1. Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia) 2. Atresia congenita dell'esofago 3. Fistola congenita dell'esofago 4. Trattamento chirurgico per ipertensione portale nel bambino 5. Occlusione intestinale del neonato: atresie con necessità di anastomosi 6. Ileo meconiale: resezione secondo Mickulicz 7. Ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva 8. Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale 9. Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale 10. Mega uretere: resezione con reimpianto 11. Mega uretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale 12. Mega colon: resezione anteriore 13. Mega colon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1. Osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale 2. Osteosintesi di omero 3. Interventi per costola cervicale 4. Scapulopessi 5. Trapianti ossei o protesi diafisarie 6. Trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni 7. Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali 8. Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti 9. Resezioni del sacro 10. Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari 11. Laminectomia decompressiva per neoplasie (senza sintesi) 12. Disarticolazione interscapolo toracica 13. Resezioni complete di spalla (omero - scapulo - clavicola) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto 14. Resezioni artrodiapfisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade" 15. Resezioni del radio distale con trapianto articolare perone-proradio 16. Emipelvectomy 17. Emipelvectomy "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto 18. Resezioni del femore prossimale artrodiapfisaria e sostituzione con protesi speciali (cementate o no, modulari o no) 19. Resezioni artrodiapfisarie del ginocchio: artrodesizzanti (trapianto o cemento più infibulo femore-tibiale) 20. Resezioni artrodiapfisarie del ginocchio: sostituzioni con protesi modulari o "custom-made" 21. Intervento di rimozione di protesi di anca 22. Intervento di rimozione e reimpianto di protesi di anca 23. Artroprotesi di ginocchio 24. Protesi cefalica di spalla 25. Vertebrotonia 26. Discectomia per via anteriore per ernia cervicale 27. Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi

	28. Uncoforaminotomia 29. Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale 30. Osteosintesi vertebrale 31. Pulizia focolai osteici 32. Artrodesi per via anteriore 33. Interventi per via posteriore: senza impianti 34. Interventi per via posteriore: con impianti 35. Interventi per via anteriore: senza impianti 36. Interventi per via anteriore: con impianti
UROLOGIA	1. ESWL (litotrissia extracorporea con onde d'urto) 2. Nefrectomia allargata per tumore 3. Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia 4. Resezione renale con clampaggio vascolare 5. Nefroureterectomia totale 6. Surrenalectomia 7. Ileo bladder 8. Cistoprostatovescicolectomia con ureterosigmoidostomia 9. Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale 10. Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder 11. Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali 12. Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi 13. Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale 14. Prostatectomia radicale extraponeurotica nerve sparing 15. Linfadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolare
GINECOLOGIA	1. Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale 2. Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale 3. Vulvectomy allargata con linfadenectomia 4. Intervento radicale per carcinoma ovarico
OCULISTICA	1. Odontocheratoprosi
OTORINOLARINGOIATRIA	1. Asportazione di tumori glomici-timpano-giugulari
TRAPIANTI	1. Tutti, esclusi i trapianti di cornea

ALLEGATO 3

GRAVI PATOLOGIE

1. Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - ulcere torpide e decubiti
 - sovrainfezioni
 - infezioni urogenitali
 - ipertensione instabile
 - neuropatie
 - vasculopatie periferiche
2. Insufficienza cardiaca a labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - dispnea
 - edemi declivi e stasi polmonare
 - ipossiemia
 - aritmie
3. Cardiopatia ischemica
4. Insufficienza cardiaca congestizia
5. Angina instabile
6. Infarto e complicanze
7. Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno 3 tra le seguenti manifestazioni:
 - acuta
 - edema polmonare
 - cronica in trattamento riabilitativo
 - con ossigenoterapia domiciliare continua
 - con ventilazione domiciliare
 - cronica riacutizzata
8. Insufficienza renale acuta
9. Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico (emodialitico o peritoneale)
10. Neoplasie maligne: accertamenti e cure
11. Gravi traumatismi se controindicato intervento chirurgico comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni.
12. Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali che comportino anchilosi o rigidità articolari superiori al 50%
13. Patologie neuromuscolari evolutive
14. Tetraplegia
15. Sclerosi multipla
16. Sclerosi laterale amiotrofica
17. Miopatie Miastenia
18. Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo
19. Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali
20. Morbo di Parkinson, purché caratterizzato da marcata riduzione dell'attività motoria e dal mantenimento con difficoltà della stazione eretta;
21. Stato di coma
22. Alzheimer (diagnosticato clinicamente)

ALLEGATO 4

PACCHETTO PREVENZIONE

L'Assicurato può effettuare, presso i Centri Convenzionati, le prestazioni sanitarie di prevenzione, anche a solo scopo di controllo secondo quanto previsto dalla Garanzia Rimborso Spese Mediche extra ricovero Plus.

Di seguito le prestazioni previste per i diversi ambiti di prevenzione.

AMBITO DI PREVENZIONE	PRESTAZIONI
Angiologica / Vascolare	Visita specialistica + Ecocolordoppler arterioso e venoso
Cardiologica	Visita specialistica + Ecocardiogramma
Dermatologica	Visita specialistica + Mappatura nei
Gastroenterologica	Visita specialistica + Ecografia addome completo
Ginecologica	Visita specialistica + Ecografia transvaginale
Otorinolaringoiatrica	Visita specialistica + Esame audiometrico
Pneumologica	Visita specialistica + Spirometria completa
Urologica	Visita specialistica + Ecografia apparato urogenitale
Oftalmologica	Visita specialistica + Studio fundus oculi
Senologica	Ecografia mammaria con valutazione senologica

ALLEGATO 5

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI E CLASSI DI APPARTENZA

APPARATO GENITALE MASCHILE

INTERVENTO	CLASSE
Applicazione di protesi testicolare (unico intervento)	2
Biopsia testicolare	2
Cisti, exeresi	1
Legatura e ricanalizzazione dei dotti deferenti (solo per patologie croniche)	2
Fimosi, frenuloplastica o frenulotomia e circoncisione	1
Idrocele e varicocele, intervento per	2
Resezione dello scroto	3
Epididimectomia	4
Fistole scrotali o inguinali	3
Funicolo, detorsione del	3
Orchiepididimectomia monolaterale con eventuale protesi	4
Pene, amputazione	4
Priapismo, intervento per	4
Orchiopessi bilaterale	4
Tumori del pene, amputazione totale con linfadenectomia	5
Tumori del testicolo con eventuale linfadenectomia	5

CARDIOCHIRURGIA

INTERVENTO	CLASSE
Embolectomia	2
Pericardiocentesi	2
Angioplastica coronarica	4
Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso	4
Pericardiectomia	4
Trapianto di cuore	7
Trapianto di cuore e polmoni	7

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

INTERVENTO	CLASSE
Biopsia miocardica	2
Pace maker e ICD interventi su (come unico intervento)	2
Studio elettrofisiologico	2
Ablazione transcateretere	3
Cateterismo cardiaco	3
Valvuloplastica	3
Chiusura di forame ovale PFO	3
Blocco in analgesia dell'ipofisi	4

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

INTERVENTO	CLASSE
Ascesso mammario, incisione di	1
Nodulesctomia / mammotone per neoformazione (benigna o maligna)	3
Mastectomia semplice con eventuale linfadenectomia	5
Quadrantectomia senza linfadenectomia	4
Quadrantectomia con linfadenectomia	4
Inserimento / rimozione di espansore post mastectomia per tumore maligno	4
Inserimento / rimozione protesi post mastectomia per tumore maligno	4
Intervento di simmetrizzazione delle mammelle dopo quadrantectomia / mastectomia per tumore maligno	3

CHIRURGIA DELLA MANO

INTERVENTO	CLASSE
Amputazioni delle ossa della mano	3
Fratture e lussazioni delle dita della mano (compresi i metacarpali), trattamento incruento	1
Fratture e lussazioni del polso, trattamento incruento	1
Intervento per patologia della capsula (dito a scatto), dei nervi (morbo di Quervain) e dei tendini (tenosinoviti)	2
Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	3
Artrodesi / artroplastica delle ossa della mano	4
Fratture e lussazioni delle dita della mano (compresi i metacarpali), trattamento cruento	3
Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	3
Lesioni tendinee, intervento per	3
Paralisi della mano, intervento per	4
Osteotomia	4
Tenolisi	3
Neurolisi	3
Sinovialectomia (come unico intervento)	3
Trapianto di mano	6

CHIRURGIA GENERALE, COLLO

INTERVENTO	CLASSE
Ascessi, favi, flemmoni, incisione e drenaggio di	1
Biopsia (organi e/o linfonodi)	2
Cisti o fistola congenita, asportazione di	2
Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico	3
Tracheostomia	3
Ghiandola sottomascellare, asportazione	3
Linfadenectomia	4
Tiroidectomia subtotale o lobectomia o nodulesctomia	4
Tubo laringo-tracheale e faringo-esofageo, intervento per ferite del	4
Tumore maligno del collo, asportazione di	5

Fistola esofago-tracheale, intervento per	4
Paratiroidi, intervento sulle	4
Tiroidectomia totale	4
Trattamento delle ferite profonde del collo	4
Asportazione di gozzo retrosternale	5
Intervento per ascesso mediastinico	5
Intervento per tumore maligno o/e benigno mediastinico	6

CHIRURGIA GENERALE, ESOFAGO

INTERVENTO	CLASSE
Diverticoli dell'esofago, intervento per	4
Esofagostomia	5
Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione: interventi eseguiti per via non endoscopica	3
Protesi endo esofagee, collocazione di	4
Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	4
Esofagite, ulcera esofagea, intervento per	4
Esofago cervicale, resezione dell'	5
Esofagogastroplastica-esofagodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)	5
Megaesofago, intervento per	4
Stenosi benigne dell'esofago, interventi per	4
Varici esofagee: intervento non eseguito per via endoscopica	4

CHIRURGIA GENERALE, FEGATO E VIE BILIARI

INTERVENTO	CLASSE
Agobiopsia / agoaspirato	2
Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antitumorale	2
Colecistostomia per neoplasie non resecabili	3
Papillotomia, per via endoscopica	3
Calcolosi intraepatica, intervento per	4
Cisti e ascessi epatici, drenaggio o exeresi	3
Colecistectomia	4
Colecistogastrostomia; colecistoenterostomia	4
Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)	4
Drenaggio bilio digestivo intraepatico	5
Litotripsia per calcoli delle vie biliari	4
Papilla di Vater, exeresi non endoscopica	5
Papillostomia	5
Resezioni epatiche minori (un solo lobo)	5
Vie biliari, interventi sulle	4
Trapianto di fegato	6

Chirurgia generale, Intestino digiuno / Ileo / Colon / Retto / ANO

INTERVENTO	CLASSE
Corpi estranei dal retto, estrazione per via naturale semplice o con sfinterotomia	2
Emorroidi, ragadi, cisti, fistole anali intervento per	2
Sfinterotomia (come unico intervento)	2
Appendicectomia	3
Stomia intestinale: duodeno-digiunostomia, digiunostomia, ileostomia, enterostomia, colostomia, ano artificiale	4
Corpi estranei del retto, estrazione per via addominale di	4
Incontinenza anale, intervento per	4
Polipectomia per via laparotomica	4
Prolasso rettale, intervento per	4
Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	5
By-pass intestinali per il trattamento obesità patologica	5
Resezione dell'intestino tenue	5
Colectomia parziale (con o senza linfadenectomia)	5
Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	4
Sigma, miotomia del	4
Tumore del retto, asportazione	5
Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per	4

CHIRURGIA GENERALE, PANCREAS / MILZA

INTERVENTO	CLASSE
Agobiopsia / agoaspirato pancreas	2
Ascessi pancreatici, drenaggio di	3
Denervazioni pancreatiche (come unico intervento)	4
Derivazione pancreatico-Wirsung digestive	5
Milza, interventi per	4
Pancreatite acuta, interventi per	4

CHIRURGIA GENERALE, PARETE ADDOMINALE

INTERVENTO	CLASSE
Cisti, ematomi, ascessi, flemmoni parete addominale: drenaggio	1
Paracentesi	2
Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per	3
Ernia e laparocele: intervento per	4
Linfadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	4
Tumore maligno della parete addominale, asportazione di	4
Ernia diaframmatica	5
Linfadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	5

CHIRURGIA GENERALE, PERITONEO

INTERVENTO	CLASSE
Laparoscopia operativa	2
Ascesso del Douglas, drenaggio	3
Ascesso sub-frenico, drenaggio	3
Laparotomia esplorativa	4
Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	4
Occlusione intestinale: intervento per	5
Tumore retroperitoneale, exeresi di	6

CHIRURGIA GENERALE, PICCOLI INTERVENTI VARI

INTERVENTO	CLASSE
Accesso periferico per posizionamento di catetere venoso	1
Agoaspirati / agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti	2
Ascesso o flemmone diffuso, incisione di	2
Cisti sinoviale, asportazione radicale di	2
Corpo estraneo profondo, estrazione di	2
Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del	2
Ematoma, svuotamento di	2
Espianto di catetere peritoneale	2
Ferita profonda sutura di	2
Fistola artero-venosa periferica, preparazione di	2
Impianto chirurgico di catetere peritoneale	2
Patereccio, intervento per	1
Posizionamento percutaneo di catetere venoso centrale (come unica prestazione)	2
Unghia incarnita, cura di	1

CHIRURGIA GENERALE, STOMACO / DUODENO

INTERVENTO	CLASSE
Ernia iatale, interventi per	3
Piloro plastica	4
Gastrostomia	5
Resezione gastro duodenale	5
Vagotomia	5
Sutura di perforazioni gastriche e intestinali	4

CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE

INTERVENTO	CLASSE
Calcolo salivare, cisti, corpo estraneo, epulidi, ranule: asportazione di	1
Cisti, mucose, piccole neoplasie benigne della lingua o delle guance o del labbro o del pavimento orale (asportazione di)	2
Condilectomia	2
Fissazione con ferule di elementi dentali lussati (per arcata)	2

Fistola del dotto di Stenone, intervento per	3
Fornice gengivale superiore o inferiore, plastica del	3
Fratture mandibolari, riduzione con ferule	3
Frenulotomia con frenuloplastica superiore ed inferiore	3
Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia	4
Neoformazioni endosseie di piccole dimensioni, exeresi di	4
Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di	4
Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di	3
Plastiche mucose per comunicazioni oro-antrali	3
Scappucciamento osteo mucoso dente semincluso	2
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi o lussazione dell'articolazione temporo-mandibolare	4
Labioschisi e palatoschisi: correzione	4
Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle	4
Formazioni cistiche endoparotidiche, enucleoresezione di	4
Fratture dei mascellari, mandibola e condilo; terapia chirurgica di	4
Linfoangioma cistico del collo, intervento per	4
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	5
Meniscectomia dell'articolazione temporo-mandibolare	3
Neoformazioni endosseie, exeresi di	4
Neoplasie maligne del labbro/guancia, asportazione di	5
Paralisi del nervo facciale, plastica per	3
Plastica di fistola palatina	3
Tumori benigni o misti della parotide, enucleazione di	3
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare	5
Mandibola, resezione parziale per neoplasia della	5
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del	5
Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	5
Palatoschisi totale	4
Parotidectomia parziale e/o totale	4
Ricostruzione con innesti (ossei o alloplastici) dei mascellari	4

CHIRURGIA PEDIATRICA

INTERVENTO	CLASSE
Cefaloematoma, aspirazione di	2
Meningocele e mielomeningocele	4
Idrocefalo	4
Interventi su polmone per cisti congenite	5
Atresia esofago	5
Dilatazione per stenosi congenita dell'ano	2
Granuloma ombelicale, cauterizzazione	2
Retto, prolasso con cerchiaggio anale del	2

Atresie vie biliari, esplorazioni	3
Craniostenosi	4
Esonfalo o gastroschisi	4
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale ileostomia semplice	4
Occlusione intestinale del neonato, senza resezione intestinale	4
Piloro, stenosi congenita del	4
Atresia dell'ano: operazione perineale	5
Ernia diaframmatica: correzione	4
Occlusione intestinale del neonato, con resezione intestinale	5
Plastica dell'ano per stenosi congenita	5
Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del	5
Retto, prolasso con operazione addominale del	5
Nefrectomia per tumore di Wilms	5
Correzione di spina bifida	5
Correzione di fistole ombelicali	4

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA

INTERVENTO	CLASSE
Allestimento di lembo peduncolato	2
Angiomi del viso di piccole dimensioni (meno di cm. 4), intervento per	2
Angiomi di tronco e arti di grandi dimensioni (da cm. 7 in poi), intervento per	2
Angiomi di tronco e arti di piccole/medie dimensioni (meno di cm. 7), intervento per	2
Cheloidi, asportazione di	2
Cicatrici del viso, tronco o degli arti, correzione di	2
Iniezione intracheloidea di cortisone ciclo di massimo tre trattamenti	1
Innesti compositi, dermo epidermico o dermo adiposo o cutaneo libero o di mucosa	2
Innesto di fascia lata	2
Malformazione dell'areola e del capezzolo, intervento per	3
Modellamento di lembo in situ	3
Plastica del volto	3
Plastica altra sede	3
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	2
Toilette di ustioni di grandi estensioni (prestazione ambulatoriale)	1
Toilette di ustioni di piccole estensioni (prestazione ambulatoriale) ciclo di massimo di 5	1
Trasferimento di lembo peduncolato	2
Tumori maligni profondi del viso, asportazione di	4
Tumori maligni superficiali del viso, intervento per	4
Tumori superficiali o cisti benigne del viso, intervento per	3
Angiomi del viso di grandi dimensioni (da cm. 4 in poi) intervento per	3
Ginecomastia bilaterale	3
Ginecomastia monolaterale	3
Innesto di nervo, tendine, cartilagine e osso	3

Intervento di push-back e faringoplastica	3
Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva delle	3
Sindattilia e polidattilia	3
Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	4
Retrazione cicatriziale delle dita con innesto	3
Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto	3
Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale	4
Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea	4
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo, fasciocutaneo o miofasciocutaneo	4
Stati intersessuali, chirurgia degli	4
Malformazioni delle mani e dei piedi	5
Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	4
Trasferimento di lembo libero microvascolare	4

CHIRURGIA TORACO-POLMONARE

INTERVENTO	CLASSE
Agobiopsia pleurica, sternale e midollare, polmonare	2
Biopsia della regione del collo	2
Drenaggi pleurici	2
Lavaggio pleurico e broncoalveolare	2
Mediastinoscopia (diagnostica e operativa)	3
Neoformazioni costali localizzate, exeresi	2
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	2
Pneumotorace terapeutico	3
Toracentesi	2
Toracoscopia	2
Ascessi, interventi per	3
Enfisema bollosa, trattamento chirurgico	4
Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	3
Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	3
Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	4
Neoformazioni del diaframma	4
Neoformazioni della trachea	4
Neoplasie maligne coste e/o sterno	4
Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	4
Decorticazione pleurica o pleurectomia	5
Ernie diaframmatiche traumatiche	4
Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	5
Ferite con lesioni viscerali del torace	5
Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)	4
Relaxatio diaframmatica	4
Resezione di costa sopranumeraria	4
Resezione segmentaria o lobectomia	5
Resezioni segmentarie atipiche	5

Sindromi stretto toracico superiore, soluzione chirurgica	4
Timectomia	5
Toracoplastica	5

CHIRURGIA VASCOLARE

INTERVENTO	CLASSE
Fasciotomia decompressiva	2
Legatura di vene comunicanti e sutura di vasi di piccolo calibro; varicectomia (con e senza sutura); stripping della grande e piccola safena	3
Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca	3
Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	3
Aneurismi arterie distali degli arti	4
Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici	4
By-pass aortici-altri vasi	4
Elefantiasi degli arti, intervento di correzione	4
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	4
Tromboendarteriectomia e plastica arteria femorale	4

DERMATOLOGIA, CRIOTERAPIA / LASERTERAPIA

INTERVENTO	CLASSE
Asportazione con LASER di tumori benigni cutanei o delle mucose esclusi quelli del viso (unica seduta)	1
Asportazione con LASER di tumori benigni del viso (unica seduta)	1
Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni (prima seduta)	1
Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni (sedute successive)	1
Trattamento mediante LASER di alterazioni cutanee virali (verruche, condilomi, etc.) (prima seduta)	1
Trattamento mediante LASER di alterazioni cutanee virali (verruche, condilomi, etc.) (sedute successive)	1
Trattamento mediante LASER di malformazioni vascolari superficiali (prima seduta)	2
Trattamento mediante LASER di malformazioni vascolari superficiali (sedute successive)	2
Trattamento mediante LASER di tumori maligni cutanei (trattamento completo)	3

GASTROENTEROLOGIA

INTERVENTO	CLASSE
Biopsia	2
Dilatazione graduale del retto (per seduta)	3
Esofagogastroduodenoscopia esplorativa e operativa (dilatazione)	2
Manometria	2
Pancolonscopia diagnostica/operativa/esplorativa	2
PH manometria ambulatoriale	2
Rettoscopia operativa/diagnostica/esplorativa	2

GINECOLOGIA

INTERVENTO	CLASSE
Agobiopsie / agoaspirati organi genitali	2
Ascessi pelvici, delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di	2
Cisti vaginale, asportazione di	3
Colpoperineorrafia	3
Colposcopia	2
Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purulente	3
Denervazione vulvare	3
Diatermocoagulazione della portio uterina o vulva	3
Dilatazione del collo e applicazione di tubetto di Petit-Leufour endouterino	3
Idrotubazione medicata (per seduta)	3
Imenotomia-imenectomia	2
Insufflazione tubarica	3
Isteroscopia diagnostica e operativa	2
Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie	3
Laparotomia esplorativa (come unico intervento)	4
Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta)	2
Neoformazioni della vulva, asportazione	3
Polipi cervicali, asportazione di	3
Polipi orifizio uretrale esterno	2
Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di	2
Puntura esplorativa del cavo del Douglas	3
Raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico	3
Setto vaginale, asportazione chirurgica	3
Tracheloplastica (come unico intervento)	3
V.A.B.R.A. a scopo diagnostico	2
Adesiolisi	3
Annessiectomia monolaterale	4
Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di	3
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	3
Conizzazione e tracheloplastica	3
Linfoadenectomia laparotomica (come unico intervento)	4
Miomectomie per via vaginale	3
Neurectomia semplice	3
Plastica vaginale	4
Salpingectomia	4
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	4
Trattamento per endometriosi	3
Vulvectomy parziale con o senza linfoadenectomia	4
Annessiectomia bilaterale	4
Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	4
Fistole ureterali, vescicovaginale, rettovaginale, intervento per	4

Incontinenza urinaria, intervento per via vaginale o addominale	4
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale, intervento di	5
Isteropessi	4
Laparotomia per ferite e rotture dell'utero	5
Metroplastica (come unico intervento)	4
Miomectomie per via laparotomica e ricostruzione plastica dell'utero	4
Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di	4
Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addominale o vaginale	4
Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	4
Salpingoplastica	4
Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina	4
Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per	4
Vulvectomy	4
Interventi sull'ovaio e sulle salpingi per neoplasia maligna	5
Intervento sull'utero per neoplasia maligna	5
Vagina artificiale	5

NEUROCHIRURGIA

INTERVENTO	CLASSE
Puntura epidurale	2
Rachicentesi per qualsiasi indicazione	3
Registrazione continua della pressione intracranica	3
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	4
Intervento per encefalo meningocele	4
Neurolisi (come unico intervento)	3
Neurorrafia (come unico intervento)	3
Neurotomia semplice (come unico intervento)	3
Simpatico cervicale, dorsale e lombare: interventi sul sistema	4
Inserimento e/o sostituzione - rimozione di neurostimolatore vertebrale/midollare	4
Blocchi o termorizotomia di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici	3
Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare	4
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale, subdurale e intracerebrale	4
Intervento sulla ipofisi	4
Chirurgia stereotassica	4
Intervento chirurgico per epilessia (su corpo calloso)	4
Trattamento chirurgico delle malformazioni arteriose o venose cerebrali	4
Neurotomia o sezione di nervi cranici	4
Endoarterectomia carotidea	4
Trattamento di patologie intramidollari (tumori,iringomieli)	5
Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)	4
Anastomosi spino-facciale e simili	4
Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo	5
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	4
Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali	4

Neoplasie endorachidee, asportazione di	5
Neoplasia endocraniche, asportazione di	6
Plesso brachiale, intervento sul	4
Tumori dei nervi periferici, asportazione di	5

OCULISTICA, BULBO OCULARE

INTERVENTO	CLASSE
Corpo estraneo: estrazione di	2
Enucleazione con o senza innesto protesi mobile	4

OCULISTICA, CONGIUNTIVA

INTERVENTO	CLASSE
Corpi estranei, asportazione di	1
Iniezione sottocongiuntivale	2
Neoplasie congiuntivali, asportazione	3
Piccole cisti, rimozione di	2
Plastica congiuntivale	2
Pterigio	2
Sutura di ferita congiuntivale	2

OCULISTICA, CORNEA

INTERVENTO	CLASSE
Corpi estranei dalla cornea, estrazione di	1
Crioapplicazioni corneali	1
Paracentesi della camera anteriore	2
Sutura corneale (come unico intervento)	2
Tatuaggio corneale	2
Cheratoplastica	3
Cheratotomia refrattiva (escluse finalità estetiche)	3
Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	3
Trapianto corneale	4

OCULISTICA, CRISTALLINO

INTERVENTO	CLASSE
Cataratta congenita o traumatica, discissione di	2
Cristallino artificiale, impianto o rimozione	3
Aspirazione di masse catarattose (come unico intervento)	3
Cataratta complicata, estrazione di	3

OCULISTICA, IRIDE

INTERVENTO	CLASSE
Iridoplastica e iridotomia, sutura iride, iridectomia	2
Sinechiotomia	2
Cisti iridee, asportazione e plastica di	3

OCULISTICA, MUSCOLI

INTERVENTO	CLASSE
Muscoli retti esterni o retti interni, resezione e trattamento di	3
Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento	3
Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche)	3
Strabismo paralitico, intervento per	4

OCULISTICA, OPERAZIONE PER GLAUCOMA

INTERVENTO	CLASSE
Alcoolizzazione nervo cigliare, intervento per	2
Ciclodiatomia perforante	2
Crioapplicazione antiglaucomatosa	2
Ciclodialisi	3
Goniotomia	3
Microchirurgia dell'angolo camerulare	3
Operazione fistolizzante	3
Trabeculotomia	3
Iridocicloretrazione	4
Trabeculectomia	4

OCULISTICA, ORBITA

INTERVENTO	CLASSE
Biopsia orbitaria	2
Cavità orbitaria, plastica per	3
Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	4
Corpi estranei endoorbitali, asportazione di	2
Exenteratio orbitae	3
Iniezione endorbitale	2
Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	3

OCULISTICA, PALPEBRE

INTERVENTO	CLASSE
Ascesso palpebre, incisione di	1
Blefarocalasi	1
Calazio	1
Cantoplastica	1
Elettrolisi delle ciglia (massimo due sedute)	1
Entropion-ectropion; epicanto-coloboma	1
Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea	1
Piccoli tumori o cisti, asportazione di	3
Riapertura di anchiloblefaron	1
Sutura cute palpebrale (come unico intervento)	3
Tumori, asportazione con plastica per scorrimento	3

Xantelasma semplice, asportazione di	1
Tumori, asportazione con plastica per innesto	3

OCULISTICA, RETINA

INTERVENTO	CLASSE
Asportazione, cerchiaggio, rimozione materiali usati durante l'intervento di distacco	4
Sclerotomia e sutura sclerale (come unico intervento)	2
Criotrattamento (come unico intervento)	2
Diatermocoagulazione retinica per distacco	3
Sclerectomia	3
Vitrectomia anteriore o posteriore	4

OCULISTICA, SOPRACCIGLIO

INTERVENTO	CLASSE
Cisti o corpi estranei, asportazione di	2
Elevazione del sopracciglio, intervento per	2
Plastica per innesto o scorrimento	2
Sutura ferite	2

OCULISTICA, TRATTAMENTI LASER

INTERVENTO	CLASSE
Laserterapia degli annessi, della congiuntiva, dei neovascolari	2
Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze	2
Laserterapia delle vasculopatie e/o malformazioni retiniche (a seduta)	2
Laserterapia iridea	2
Laserterapia lesioni retiniche	2
Laserterapia nella retinopatia diabetica (per seduta)	2
Trattamenti laser per cataratta secondaria	2
Laserchirurgia della cornea a scopo terapeutico o ottico (escluse finalità estetiche)	3

OCULISTICA VIE LACRIMALI

INTERVENTO	CLASSE
Chiusura del puntino lacrimale	2
Fistola, flemmone, asportazione	2
Impianto tubi di silicone nella stenosi delle vie lacrimali	2
Via lacrimale, sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, intervento sul	2

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, INTERVENTI CRUENTI

INTERVENTO	CLASSE
Agoaspirato e biopsia ossee e midollari	3
Artrocentesi	3
Artrodesi piccole articolazioni	3
Artroscopia diagnostica (come unico intervento)	3
Drenaggi endoarticolari	2

Borsectomia, condrectomia	2
Calcaneo stop	3
Esostosi semplice, asportazione di	2
Frattura esposta, pulizia chirurgica di	2
Laterale release di rotula	3
Riduzione e contenzione di lussazione traumatica di piccole articolazioni	1
Rimozione mezzi di sintesi	3
Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)	2
Sutura di ferite	1
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di	3
Acromioplastica anteriore	3
Alluce valgo	3
Amputazione grandi segmenti	5
Amputazione di piccoli e medi segmenti	4
Artroliasi	3
Artroplastica	3
Cisti meniscali o parameniscali, asportazione di	3
Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	3
Correzione piede torto congenito, parti molli e/o ossei	3
Costruzione di monconi cinematici	4
Disarticolazioni, piccole	4
Legamenti caviglia, ricostruzione di	4
Meniscectomia (in artroscopia)	3
Neurinomi, trattamento chirurgico di	3
Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	4
Osteosintesi	5
Osteotomia	4
Prelievo di osso e suo innesto	4
Pseudoartrosi (trattamento completo)	4
Resezione articolare	4
Resezione ossea	4
Riallineamento metatarsale	3
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni	3
Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione	3
Scapulopessi	3
Sinoviectomia grandi articolazioni (come unico intervento)	3
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, asportazione di	4
Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	4
Artrodesi: grandi articolazioni	5
Artroplastiche grandi	5
Artroprotesi polso	5
Artroprotesi: anca e ginocchio	5
Artroprotesi: gomito, tibiotarsica	5
Chemonucleolisi per ernia discale	4

Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per	4
Disarticolazioni, medie	4
Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di	4
Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per	4
Pseudoartrosi grandi segmenti (trattamento completo)	4
Resezione del sacro	4
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento e vertebroplastica, cifoplastica	4
Tetto cotiloideo, ricostruzione di	5
Emipelvectomy	6
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	5
Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche	4

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, TENDINI, MUSCOLI, APONEVROSI, NERVI PERIFERICI

INTERVENTO	CLASSE
Biopsia muscolare	2
Dito a martello	2
Gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di	2
Tenolisi (come unico intervento)	2
Tenorrafia semplice	2
Tenoplastica e tenorrafia, mioplastica, miorrafia, miotomia e aponeurotomia	3
Torcollo miogeno congenito, plastica per	3
Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	3
Trapianto di midollo	4

OSTETRICIA

INTERVENTO	CLASSE
Aborto spontaneo	2
Aborto terapeutico	2
Amniocentesi	2
Villocentesi	2
Cerchiaggio cervicale	2
Colpoperineorrafia per deiscenza sutura, intervento di	2
Cordocentesi	2
Fetoscopia	2
Flussimetria	2
Lacerazione cervicale, sutura di	3
Laparotomia esplorativa	4
Mastite puerperale, trattamento chirurgico	2
Revisione delle vie del parto, intervento per	2
Episiotomia e episiorrafia	2
Riduzione manuale per inversione di utero per via vaginale, intervento di	2
Secondamento artificiale	2
Assistenza al parto senza taglio cesareo	2

Assistenza al parto con taglio cesareo	3
Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica, intervento di	3

OTORINOLARINGOIATRIA, FARINGE / CAVO ORALE / OROFARINGE / GHIANDOLE SALIVARI

INTERVENTO	CLASSE
Ascesso e corpo estraneo, intervento per	2
Leucoplachia, asportazione	1
Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di	4
Ugulotomia	3
Tonsillectomia	3
Velofaringoplastica	3
Fibroma rinofaringeo	4
Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	5

OTORINOLARINGOIATRIA, NASO E SENI PARANASALI

INTERVENTO	CLASSE
Adenoidectomia	2
Cateterismo seno frontale	2
Ematomi, cisti, corpi estranei, piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di	2
Fistole oro antrali	2
Fratture delle ossa nasali, riduzioni di	2
Instillazione sinusale (per ciclo di terapia)	1
Ozena, cura chirurgica	2
Polipi nasali o coanali, asportazione semplice di	2
Rinosettoplastica, funzionale	3
Svuotamento dei seni nasali, mascellari e frontali	3
Sinechie nasali, recisione di	2
Speroni o creste del setto, asportazione di	3
Tamponamento nasale	2
Turbinati inferiori, intervento sui	2
Varici del setto, trattamento di	2
Adenotonsillectomia	3
Atresia coanale, intervento per	3
Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	3
Etmoide, svuotamento	3
Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale	3
Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	4
Rinosettoplastica con innesti liberi di osso	4
Seni paranasali, intervento sui	4
Seno sfenoidale, apertura per via transnasale	4
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva	5

OTORINOLARINGOIATRIA, ORECCHIO

INTERVENTO	CLASSE
Ascesso del condotto, incisione di	1
Corpi estranei dal condotto	1
Drenaggio transtimpanico	2
Ematoma del padiglione, incisione di	1
Fistole congenite, asportazione di	2
Miringotomia (come unico intervento)	2
Neoplasia del padiglione, exeresi di	4
Neoplasie del condotto, exeresi	4
Osteomi del condotto, asportazione di	3
Polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, asportazione di	3
Timpanotomia esplorativa	3
Mastoidectomia	4
Miringoplastica	3
Timpanoplastica	3
Stapedectomia	4
Ricostruzione della catena ossiculare	5
Intervento per neurinoma dell'VIII	5
Tumori dell'orecchio medio, asportazione di	5

OTORINOLARINGOIATRIA, LARINGE E IPOFARINGE

INTERVENTO	CLASSE
Ascesso dell'epiglottide, incisione	2
Biopsia in laringoscopia	2
Laringoscopia esplorativa, operativa, diagnostica	3
Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	4
Nervo laringeo superiore, alcoolizzazione del	3
Papilloma laringeo	3
Pericondrite ed ascesso perilaringeo	2
Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	3
Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	3
Laringocele	4
Cordectomia	4
Laringectomia parziale	5
Ricostruzione laringea	5

UROLOGIA, ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

INTERVENTO	CLASSE
Cistoscopia ed eventuale biopsia o lavaggio	2
Cateterismo ureterale	2
Ureterosopia (omnicomprensiva)	2
Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico)	2

UROLOGIA, ENDOSCOPIA OPERATIVA

INTERVENTO	CLASSE
Plasmaferesi e dialisi	2
Dialisi peritoneale	3
Collo vescicale, resezione per sclerosi recidiva	3
Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di	2
Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali per seduta	2
Meatotomia ureterale	2
Nefrostomia percutanea monolaterale	4
Stenting ureterale	3
Uretrotomia endoscopica	3
Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento)	3
Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume)	3
Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	3
Formazioni ureterali, resezione endoscopica di	3
Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	3
Litotripsia ureterale	3
Nefrostomia percutanea bilaterale	4
Reflusso vescico ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	3
Ureterocele, intervento endoscopico per	4
Collo vescicale e prostata, resezione endoscopica del	4
Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	4
Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVP)	4
Wall Stent per stenosi uretrali compresa nefrostomia	5

UROLOGIA, PROSTATA

INTERVENTO	CLASSE
Agoaspirato / agobiopsia prostata	2
Cura per affezione della prostata con prostathermer (per ciclo di cura annuale)	3
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	4
Prostatectomia parziale o totale con tecnica robotica	5

UROLOGIA, RENE

INTERVENTO	CLASSE
Agobiopsia renale percutanea	2
Cisti renale per via percutanea	2
Pielocentesi (come unico intervento)	2
Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)	3
Cisti renale, resezione	4
Lombotomia per ascessi pararenali	4
Nefropessi	4
Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento)	4
Pielocalicolitotomia (come unico intervento)	3
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale	4

Nefrectomia polare	5
Nefrectomia semplice	5
Surrenalectomia	5
Pielouretero plastica per stenosi del giunto	5
Trapianto di rene	6

UROLOGIA, URETERE

INTERVENTO	CLASSE
Inserimento e/o rimozione di stent ureterale doppio J	3
Transuretero-ureteroanastomosi	4
Ureterocistoneostomia monolaterale	4
Ureterolisi più omentoplastica	3
Ureterolitotomia lombo-iliaca	3
Ureterocistoneostomia bilaterale	4
Ureterocutaneostomia monolaterale	5
Uretero-ileo-anastomosi bilaterale	5
Uretero-ileo-anastomosi monolaterale	5
Ureteroileocutaneostomia non continente	5
Ureterolitotomia pelvica	4
Ureterosigmoidostomia bilaterale	5
Ureterosigmoidostomia monolaterale	5

UROLOGIA, URETRA

INTERVENTO	CLASSE
Calcoli o corpi estranei, rimozione di	2
Caruncola uretrale	2
Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per	2
Meatotomia e meatoplastica	2
Polipi del meato, coagulazione di	2
Prolasso mucoso uretrale	3
Diatermocagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell'uretra	3
Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	4
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	4
Rottura traumatica dell'uretra	4
Uretrectomia totale	5
Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	4
Uretrostomia perineale	4
Epispadia e ipospadia balanica e uretroplastica, intervento per	4
Fistole uretrali	4
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	4
Uretroplastiche (lambi liberi o peduncolati), trattamento completo	4

UROLOGIA, VESCICA

INTERVENTO	CLASSE
Cistolitotomia (come unico intervento)	2
Cistostomia sovrapubica	4
Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	4
Cistectomia parziale semplice	5
Cistopessi	4
Cistorrafia per rottura traumatica	4
Diverticulectomia	3
Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per	3
Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento)	3
Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	5
Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	4
Vescicoplastica antireflusso unilaterale	4
Neovescica (per rottura e/o tumori)	5
Interventi sulle vie escrettrici con tecnica robotica	5

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Informativa resa all'interessato per il trattamento assicurativo di dati personali comuni particolari e dei dati relativi a condanne penali e reati.

Ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. CATEGORIE DI DATI PERSONALI TRATTATI

Il "dato personale" è "qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile ("interessato")". Ai fini della presente Informativa il Titolare tratta i seguenti dati personali: nome, cognome, indirizzo, e-mail, numero telefonico, codice fiscale o P. IVA dell'interessato e dei soggetti da lui indicati per la copertura assicurativa. Oltre alle categorie di dati indicati potranno anche essere trattati, previo consenso espresso dell'interessato, anche per conto degli altri soggetti inclusi nella copertura assicurativa, i dati relativi allo stato di salute di cui all'art. 9 (dati sanitari) e dati relativi a condanne penali e reati di cui all'art.10 del GDPR.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte del Titolare delle seguenti finalità:

- Procedere all'elaborazione di preventivi Assicurativi, sulla base delle informazioni ricevute;
- Procedere alla valutazione dei requisiti per l'assicurabilità dei soggetti interessati alla stipula del contratto;
- Procedere alla conclusione, gestione ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;
- Adempiere ad eventuali obblighi previsti dalla legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità;
- Esercitare i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio.

Il trattamento avviene nell'ambito di attività assicurativa e riassicurativa, a cui il Titolare è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei Vostri dati personali, inclusi i dati particolari ai sensi dell'art. 9 e dell'art.10 del GDPR, è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 comma 1 n. 2) del GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Vostri dati personali sono sottoposti a trattamento in formato sia cartaceo che elettronico.

4. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DEL RIFIUTO

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati può essere:

- a) Obbligatorio in base ad una legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio Antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile)
 - b) Strettamente necessario alla redazione di preventivi assicurativi;
 - c) Strettamente necessario alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;
- L'eventuale rifiuto dell'interessato di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di procedere alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti.

Il mancato consenso al trattamento dei dati relativi a condanne penali o reati comporterà l'impossibilità di includere la copertura della Tutela Legale all'interno del contratto.

5. CONSERVAZIONE

I dati personali conferiti per le finalità sopra esposte saranno conservati per il periodo di validità contrattuale assicurativa e successivamente per un periodo di 10 anni. Decorso tale termine i dati personali saranno cancellati.

6. ACCESSO AI DATI

I Vostri dati personali potranno essere resi accessibili per le finalità di cui sopra:

- A dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di soggetti designati;
- A intermediari assicurativi per finalità di conclusione gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;
- A soggetti esterni che forniscono servizi in outsourcing al Titolare;

- A riassicuratori con i quali il Titolare sottoscrive specifici trattati per la copertura dei rischi riferiti al contratto assicurativo.

7. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Titolare potrà comunicare i Vostri dati, per le finalità di cui al punto 2 precedente e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge, a terzi soggetti operanti nel settore assicurativo, società di servizi informatici o società a cui il Titolare ha affidato attività in outsourcing o altri soggetti nei confronti dei quali la comunicazione è obbligatoria.

8. DIFFUSIONE

I dati personali di cui alla presente informativa non sono soggetti a diffusione.

9. TRASFERIMENTO DATI ALL'ESTERO

La gestione e la conservazione dei dati personali avverranno su server ubicati all'interno del territorio italiano o comunque dell'Unione Europea. I dati non saranno oggetto di trasferimento all'esterno dell'Unione Europea.

10. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di interessati, avete i diritti riconosciuti dall'art. 15 del GDPR, in particolare di:

- Ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che vi riguardano;
- Ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del Titolare, degli eventuali responsabili e dell'eventuale rappresentante designati ai sensi dell'art. 3 comma 1 del GDPR; e) dei soggetti e delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati;
- Ottenere: a) l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quanto avete interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- Opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che vi riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che vi riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Ove applicabili, avete altresì i diritti di cui agli articoli 16 – 21 del GDPR (Diritto di rettifica, diritto all'oblio, diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati contrattuali e grezzi di navigazione, diritto di opposizione), nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante.

11. MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Potrete in qualsiasi momento esercitare i Vostri diritti inviando una e-mail a dpo@globalassistance.it, una PEC o una raccomandata A.R. all'indirizzo del Titolare.

12. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il titolare del trattamento è:

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A.

Piazza Armando Diaz n. 6 - 20123 – Milano

Email: global.assistance@globalassistance.it

PEC: globalassistancespa@legalmail.it

INTERMEDIARIO - CODICE

N° POLIZZA

SOSTITUISCE POLIZZA N°

--	--	--

CONTRAENTE

COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE – CODICE FISCALE (P.IVA)

--

RESIDENZA / SEDE LEGALE

--

ASSICURATI

SI INTENDONO ASSICURATI I SEGUENTI SOGGETTI (*):

COGNOME E NOME / CODICE FISCALE

ASSICURATO N° 1	
ASSICURATO N° 2	
ASSICURATO N° 3	
ASSICURATO N° 4	
ASSICURATO N° 5	
ASSICURATO N° 6	
ASSICURATO N° 7	
ASSICURATO N° 8	
ASSICURATO N° 9	
ASSICURATO N° 10	

(*) APPARTENENTI AL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE DEL CONTRAENTE (PERSONA FISICA) O SOCI, AMMINISTRATORI, DIPENDENTI, COLLABORATORI DELLA SOCIETÀ CONTRAENTE (PERSONA GIURIDICA) E RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

GARANZIE OPERANTI

Le garanzie operanti ed i relativi massimali e franchigie sono valide per tutti gli assicurati indicati in polizza.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO (VALIDE SOLO PER RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO G.I.C. E G.P. E RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO "FULL")

FORMULA NUCLEO	SI	NO	FORMULA FRANCHIGIA € 3.000	SI	NO
----------------	----	----	----------------------------	----	----

GARANZIE	OPERATIVITA'	MASSIMALE
RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO G.I.C. E G.P.		
RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERO FULL		
RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE – ALTA DIAGNOSTICA		
RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE – VISITE SPECIALISTICHE		
RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA RICOVERO BASE – PLUS		
DIARIA DA RICOVERO, INGESSATURA E IMMOBILIZZAZIONE		
DIARIA DA CONVALESCENZA		
INDENNITARIA PER INTERVENTO CHIRURGICO		
ASSISTENZA		
INVALIDITÀ PERMANENTE PER MALATTIA		

DURATA DEL CONTRATTO

ANNUALE CON TACITO RINNOVO ()**

DECORRENZA: ore 24 del	PRIMA SCADENZA: ore 24 del
------------------------	----------------------------

(**) IL CONTRATTO SI RINNOVA PER I SOLI SOGGETTI ASSICURATI CHE NON ABBIANO SUPERATO IL LIMITE MASSIMO D'ETA' ASSICURABILE AI SENSI DI POLIZZA

POLIZZA N°: (ED.1 /GSSP)

PREMIO

FRAZIONAMENTO:	(INTERESSI PER FRAZIONAMENTO SEMESTRALE 3%)	INDICIZZAZIONE	SI	NO
		PREMIO IMPONIBILE (*)	IMPOSTE	PREMIO LORDO
PREMIO ALLA FIRMA				
DALLE ORE 24 DEL	FINO ALLE ORE 23 DEL			
PREMIO ALLA RATA SUCCESSIVA	DALLE ORE 24 DEL			

I MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI PRESSO L'INTERMEDIARIO ALLA STIPULA DEL CONTRATTO OPPURE DIRETTAMENTE ALL'IMPRESA ALLA SCADENZA DELLE EVENTUALI RATE DI FRAZIONAMENTO SONO: BONIFICO BANCARIO O POSTALE, ASSEGNO BANCARIO, CIRCOLARE O POSTALE NON TRASFERIBILE, CONTANTE (FINO AI LIMITI CONSENTITI DALLA LEGGE) CARTE DI CREDITO E/O CARTE DI DEBITO (PER IMPORTI SUPERIORI AD € 30,00).

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui avviene l'effettivo pagamento, attestato da apposita quietanza consegnata dal distributore al contraente (all'atto del pagamento) oppure tramite invio mail.

CONTRATTO EMESSO A IL

IL CONTRAENTE / LEGALE RAPPRESENTANTE

GLOBAL ASSISTANCE S.P.A.
(IL LEGALE RAPPRESENTANTE)

DICHIARAZIONI RESE DAL CONTRAENTE

IL CONTRAENTE DICHIARA

- DI AVER RICEVUTO IL **SET INFORMATIVO** DELLA POLIZZA "GLOBAL SISTEMA SALUTE – ED.1 / GSSP;
- DI APPROVARNE IN MODO SPECIFICO, AI SENSI DEGLI ARTT. **1341 E 1342 C.C.** E DEGLI ARTT. **33 E SS. DEL D.LGS. 206/2005**, LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE ED IN PARTICOLARE LE DISPOSIZIONI DEI SEGUENTI ARTICOLI:

ART. 1.3 – REVISIONE DEL PREMIO E/O DELLE CONDIZIONI; **ART. 3** – DISDETTA/PROROGA DEL CONTRATTO; **ART. 5** – FORO COMPETENTE; **ART. 6** - MODIFICHE, CLAUSOLE O ACCORDI PARTICOLARI, FORME DELLE COMUNICAZIONI; **ART. 16** – VARIAZIONE DEL CONTRATTO; **ART. 19** – ALTRE ASSICURAZIONI; **ART. 20** – CLAUSOLA BROKER / GESTIONE DEL CONTRATTO; **ART. 58** – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO; **ART. 59** – NORME VALIDE PER I SINISTRI RELATIVI ALLE GARANZIE DELLA SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE; **ART. 60** – NORME VALIDE PER I SINISTRI RELATIVI ALLE GARANZIE DELLA SEZIONE DIARIE; **ART. 61** – NORME VALIDE PER I SINISTRI RELATIVI ALLE GARANZIE DELLA SEZIONE INDENNITARIE; **ART. 62** – NORME VALIDE PER I SINISTRI RELATIVI ALLE GARANZIE DELLA SEZIONE ASSISTENZA; **ART. 63** – NORME VALIDE PER I SINISTRI RELATIVI ALLE GARANZIE DELLA SEZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE; **ART. 65** – CONTROVERSIE ARBITRATO IRRITUALE.

LUOGO _____
IL _____

IL CONTRAENTE _____

ALTRE DICHIARAZIONI RESE DAL CONTRAENTE

AVVERTENZE

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO CHE FORNISCE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE. È FATTO SALVO IL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO.

- NEL CASO DI COPERTURE CHE RICHIEDONO DI ACQUISIRE INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO, COME NEL PRESENTE CONTRATTO:
- 1) PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO IL CONTRAENTE VERIFICA L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL QUESTIONARIO;
 - 2) L'ASSICURATO PUÒ CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER CERTIFICARE L'EFFETTIVO SUO STATO DI SALUTE, CON COSTI A SUO CARICO.

LUOGO _____
IL _____

IL CONTRAENTE _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E PARTICOLARI AI SENSI DELL'ART.9 E 10 DEL GDPR

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVERE RICEVUTO L'INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO N. 2016/679 (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION- GDPR) E ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, ANCHE PARTICOLARI AI SENSI DELL'ART. 9 E 10 DEL GDPR, NEI LIMITI E CON LE MODALITÀ IVI PREVISTE.

LUOGO _____
IL _____

IL CONTRAENTE _____

FACSIMILE