



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEI RISCHI INFORTUNI, MALATTIE ED ASSISTENZA PER L'INDIVIDUO E PER LA FAMIGLIA

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Nota Informativa, comprensiva del Glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto di assicurazione

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

CARGEAS Assicurazioni S.p.A. - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Ageas Insurance International N.V.

INDICE

NOTA INFORMATIVA

A. Informazioni relative all'Impresa	pag. 3 di 24
B. Informazioni sul Contratto	pag. 4 di 24
C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami	pag. 13 di 24
Glossario	pag. 17 di 24

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE - NORME COMUNI	pag. 2 di 65
LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE	pag. 6 di 65
NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	pag. 8 di 65
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	pag. 10 di 65
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	pag. 16 di 65
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO – RIMBORSO SPESE MEDICHE	pag. 18 di 65
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE	
GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO – RIMBORSO SPESE PRE E POST RICOVERO	pag. 21 di 65
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA	pag. 25 di 65
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE PACKAGE BAMBINI	pag. 33 di 65
ALLEGATI	pag. 37 di 65

NOTA INFORMATIVA

I dati contenuti nella presente Nota Informativa sono aggiornati al 12/01/2017.

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione della stessa autorità.

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

Ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni e dell'articolo 31 del Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010, la presente Nota Informativa riporta in grassetto le clausole che prevedono rischi, oneri e obblighi a carico del Contraente o dell'Assicurato, esclusioni, limitazioni e periodi di sospensione della copertura, nullità, decadenze, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenza" dal Regolamento ISVAP n. 35.

Ai fini della presente Nota Informativa, i termini indicati in maiuscolo assumono lo stesso significato anche a valere sulle Condizioni di assicurazione come indicati nella Sezione Glossario.

! Avvertenza:
L'Impresa rinvia al proprio sito internet www.cargeas.it per la consultazione degli aggiornamenti del presente Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative.

A. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

1. Informazioni generali

CARGEAS Assicurazioni S.p.A. - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Ageas Insurance International N.V. ha sede in Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano, Tel. 02.499801, Fax 02.49980498. Sito Internet: www.cargeas.it indirizzo di posta elettronica certificata: cargeasassicurazioni.pec@legalmail.it ed è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13 febbraio 1987 (G.U. del 16 marzo 1987 n. 62); il numero d'iscrizione all'Albo delle Imprese di assicurazione è 1.00064.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

CARGEAS Assicurazioni S.p.A. ha un patrimonio netto complessivo al 31.12.2015 pari ad € 96.406.470, dei quali € 32.812.000 a titolo di capitale sociale ed € 63.594.470 a titolo di riserve patrimoniali e utile dell'esercizio. L'indice di solvibilità dell'Impresa, inteso come il rapporto tra il margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 180,55%.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

In mancanza di Recesso comunicato da una delle Parti, e ferma restando la cessazione dell'Assicurazione nel caso di interruzione del rapporto di conto corrente del Contraente con la Banca del Gruppo UBI, il Contratto di assicurazione è prorogato per una durata pari ad un anno o al diverso periodo originariamente assicurato e così successivamente.

! Avvertenza:

Le Parti possono recedere dal Contratto di assicurazione mediante comunicazione a mezzo lettera raccomandata A/R, da inviare almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza. In tal caso l'Assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce il Recesso.

Si rinvia all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il Contratto di Assicurazione riservato ai Contraenti che siano intestatari di un conto corrente acceso presso una filiale della Banca del Gruppo UBI, prevede la possibilità di prestare a favore dell'Assicurato/i (singolo individuo, più individui o Nucleo familiare) una copertura modulare e personalizzabile per far fronte ai rischi derivanti da morte e/o Invalidità permanente da Infortunio nonché una copertura per il riconoscimento di una Indennità giornaliera in caso di Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia, il rimborso delle spese mediche e, infine, nel caso di Grande intervento chirurgico – il Rimborso delle spese pre e post Ricovero.

Ulteriore copertura offerta ed operante in caso di Malattia è la copertura Invalidità permanente.

Alle coperture sopra indicate viene sempre abbinata una copertura Assistenza.

L'offerta assicurativa si completa con la copertura Package Bambini, la cui sottoscrizione è facoltativa.

Il Contraente può optare tra quattro diverse linee, all'interno delle quali le coperture assicurative così si combinano:

- ➔ **Linea Essential:** include la copertura Invalidità Permanente da Infortunio, alla quale può essere abbinata la copertura morte, e l'Indennità giornaliera da Ricovero ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia con relativo Rimborso Spese Mediche;
- ➔ **Linea Silver: tutte le coperture sono attivabili nel rispetto delle seguenti regole**
 - alla copertura Invalidità permanente da Infortunio, può essere abbinata la copertura Morte.

Le coperture:

- Invalidità permanente da Malattia;
- Indennità Giornaliera a seguito di Ricovero ospedaliero conseguenti ad Infortunio o Malattia con relativo Rimborso Spese Mediche;
- Grande Intervento Chirurgico con relativo Rimborso Spese Mediche pre e post ricovero;

sono sottoscrivibili singolarmente.

- **Linea Gold:** prevede la medesima combinazione di coperture della linea Silver ma con massimali/somme assicurate più elevate rispetto a quest'ultima;
- **Linea Platinum:** prevede la medesima combinazione di coperture delle linee Silver e Gold ma con massimali/somme assicurate più elevate rispetto alle linee Silver e Gold.

Tutte le coperture assicurative descritte comprendono necessariamente la copertura Assistenza.

La copertura Package Bambini può essere liberamente aggiunta alle altre coperture per tutte le linee.

Per maggiori dettagli in merito alle coperture offerte dal Contratto di assicurazione, operanti unicamente in relazione a quanto indicato in Polizza, si rinvia alla lettura del Glossario nonché delle singole sezioni nelle quali si articolano le "Condizioni di Assicurazione".

In particolare, si rimanda alla lettura dei seguenti articoli:

Norme che Regolano l'Assicurazione Infortuni

Art. 33 - Copertura 1 – Morte da Infortunio;

Art. 34 - Copertura 2 – Invalidità permanente da Infortunio;

Norme che regolano l'Assicurazione Invalidità permanente da Malattia

Art. 39 - Copertura 3 – Invalidità permanente da Malattia;

Norme che regolano l'Assicurazione Indennità giornaliera da Ricovero – Rimborso spese mediche

Art. 44 - Copertura 4- Indennità giornaliera da Ricovero, Convalescenza, gessatura – Rimborso spese mediche;

Norme che regolano l'Assicurazione Grande intervento chirurgico - Rimborso spese pre e post Ricovero

Art. 46 - Copertura 5 – Grande intervento chirurgico – Rimborso Spese pre e post Ricovero;

Norme che regolano l'Assicurazione Assistenza

Art. 51 - Copertura 6 – Assistenza;

Norme che regolano l'Assicurazione Package Bambini

Art. 64 - Copertura 7 – Package Bambini.

! Avvertenza:

Ciascuna delle coperture assicurative offerte è soggetta a condizioni, limitazioni ed esclusioni, nonché a condizioni di sospensione che possono determinare il mancato pagamento dell'Indennizzo.

Quanto alle limitazioni, si richiama in particolare l'attenzione sugli articoli 20 - Persone non assicurabili e 21 Periodi di Carenza.

Quanto alle esclusioni, in relazione a ciascuna delle diverse coperture offerte ed agli eventi previsti, il Contratto di assicurazione prevede specifiche esclusioni (Artt. 29, 43, 45, 47, 61).



Avvertenza:

Il Contratto di assicurazione prevede l'applicazione di Franchigie, Scoperti e massimali.

Si rinvia, relativamente alla disciplina di somme assicurate e massimali ad una attenta lettura dell'Art. 22 - Modalità di combinazioni delle coperture, nonché alla disciplina specificamente prevista per ciascuna delle coperture offerte (Artt. 35, 41, 46).

Per facilitare la comprensione del relativo meccanismo di funzionamento, si illustrano, di seguito, alcune esemplificazioni numeriche in merito all'applicazione delle Franchigie e degli Scoperti previsti dalla Polizza e/o alla determinazione degli importi dovuti in relazione alle diverse coperture assicurative.

→ **Copertura 2) Invalidità permanente da Infortunio**

Le Condizioni di Assicurazione, prevedono una Franchigia del 5% fino al 25% di Invalidità permanente e nessuna Franchigia dal 26% al 65% di Invalidità permanente. Si prevede inoltre che, per Invalidità permanente pari o superiori al 66% l'Impresa liquiderà il 150% della somma assicurata/Massimale.

Si assuma la sottoscrizione, da parte del Contraente, della Linea Silver (somma assicurata/Massimale € 100.000,00).

i Esempio 1

In caso di Infortunio che comporti un'Invalidità permanente accertata del 15%, l'Indennizzo sarà così determinato:

- dall'Invalidità permanente accertata, pari al 15%, verrà dedotta la Franchigia del 5% ($15 - 5 = 10$). L'Invalidità permanente da indennizzare sarà quindi pari al 10% e, calcolata sulla somma assicurata di € 100.000,00 darà luogo al seguente indennizzo: $€ 100.000,00 \times 10\% = € 10.000,00$

i Esempio 2

In caso di Infortunio che comporti un'Invalidità permanente accertata del 30%, l'Indennizzo verrà così determinato:

- dall'Invalidità permanente accertata, pari al 30%, non verrà dedotta alcuna Franchigia; l'invalidità permanente da liquidare, calcolata sulla somma assicurata, sarà così determinata: $€ 100.000,00 \times 30\% = € 30.000,00$. L'indennizzo da corrispondere sarà, quindi, pari a € 30.000,00.

i Esempio 3

In caso di Infortunio che comporti un'Invalidità permanente accertata del 75%, l'Indennizzo verrà così determinato:

- poiché per Invalidità permanenti accertate pari o superiori al 66% viene liquidato il 150% della somma assicurata, l'Invalidità permanente da liquidare, calcolata sulla somma assicurata, sarà così determinata: $€ 100.000,00 \times 150\% = € 150.000,00$. L'Indennizzo da corrispondere sarà, quindi, pari a € 150.000,00.

→ Copertura 3) Invalidità permanente da Malattia

Le Condizioni di Assicurazione prevedono per questa copertura una Franchigia iniziale del 24%, poi variabile come indicato nello schema di cui all'Art. 41 delle Condizioni di Assicurazione.

Si assuma la sottoscrizione, da parte del Contraente, della Linea Silver (somma assicurata/Massimale € 50.000,00).

i Esempio 1

In caso di Malattia che comporti un'Invalidità permanente accertata del 20%, non si darà luogo ad alcun Indennizzo, in quanto la percentuale di Invalidità permanente accertata rientra nella Franchigia contrattualmente prevista (Franchigia iniziale del 24%).

i Esempio 2

In caso di Malattia che comporti un'Invalidità permanente accertata del 60%, l'Indennizzo verrà così determinato:

- all'Invalidità permanente accertata del 60% corrisponde nello schema una Invalidità permanente da liquidare pari al 75% che, calcolata sulla somma assicurata di € 50.000,00 darà luogo ad un Indennizzo di € 37.500,00 (50.000,00 x 75%).

Copertura 4) Indennità giornaliera da Ricovero – Rimborso spese mediche

! Avvertenza:

L'Impresa in casi di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura corrisponde per ciascun giorno di degenza l'Indennità giornaliera assicurata per la durata massima di 100 (cento) giorni e di ulteriori 30 (trenta) giorni per l'Indennità giornaliera da gessatura.

i Esempio 1

Indennità giornaliera assicurata per la linea Silver: € 50,00.

A seguito di Infortunio o Malattia l'Assicurato viene ricoverato per 5 giorni.

L'indennizzo sarà così determinato: € 50,00 al giorno x 5 giorni = Indennizzo pari a € 250,00.

i Esempio 2

Indennità giornaliera assicurata per la linea Silver: € 50,00

Ricovero in Day hospital pari a 3 giorni consecutivi.

L'indennizzo sarà così determinato: € 50,00 al giorno x 3 giorni = Indennizzo pari a € 150,00.

L'Assicurato, inoltre, per entrambi gli esempi, ha diritto al rimborso delle spese mediche sostenute nei 90 (novanta) giorni sia precedenti che successivi al Ricovero, fino a € 500,00 per Anno assicurativo e per singolo Assicurato.

→ Copertura 5) Grande intervento chirurgico – Rimborso spese pre e post Ricovero

! Avvertenza:

L'Assicurato, nel caso in cui abbia sottoscritto la copertura Grande intervento chirurgico – Rimborso Spese pre e post Ricovero, può avvalersi del sistema di pagamento diretto (ossia usufruire in caso di Ricovero delle prestazioni sanitarie previste dalla copertura senza dover provvedere ad anticipi o pagamenti, che verranno effettuati direttamente da Europ Assistance alle Strutture Sanitarie Convenzionate), rivolgendosi ad una Struttura Sanitaria Convenzionata, previa comunicazione alla Struttura Organizzativa di Europ Assistance, che fornisce il servizio per conto di CARGEAS Assicurazioni.

L'elenco delle Strutture Sanitarie Convenzionate è disponibile sul sito internet www.cargeas.it.

Qualora l'Assicurato non intenda rivolgersi a una Struttura Convenzionata, troverà applicazione uno Scoperto del 25% con un minimo di € 1.000,00 ed un massimo di € 10.000,00.

Per gli aspetti di dettaglio, si rinvia all'art. 48 delle Condizioni di Assicurazione.

! Avvertenza:

Relativamente al Rimborso spese mediche pre e post Ricovero di cui all'articolo 46, il Rimborso è effettuato con l'applicazione di uno Scoperto del 10% con il minimo di € 50,00 per evento.

i Esempio 1

Intervento chirurgico in una Struttura Sanitaria Convenzionata:

Massimale assicurato Linea Silver: € 50.000,00

Spese sostenute dall'Assicurato: € 15.000,00

L'Impresa pagherà interamente e direttamente alla Struttura Sanitaria Convenzionata quanto dovuto dall'Assicurato.

i Esempio 2

Intervento chirurgico in una Struttura Sanitaria Non Convenzionata:

Massimale assicurato Linea Silver: € 50.000,00

Spese sostenute dall'Assicurato: € 15.000,00

Importo rimborsato: € 15.000,00 dedotto Scoperto del 25% pari a € 3.750,00
= Rimborso € 11.250,00.

→ Copertura 6) Assistenza

Per quanto attiene alla copertura Assistenza, il Contratto di assicurazione prevede, in caso di Infortunio o Malattia, la possibilità di ricevere una serie di prestazioni facendone richiesta telefonica alla Struttura Organizzativa di Europ Assistance.

→ Copertura 7) Package Bambini

La copertura Package Bambini, valida esclusivamente per persone di età compresa tra 1 (uno) e 18 (diciotto) anni non compiuti al momento della stipula del presente Contratto di assicurazione, offre una serie di coperture assicurative che, per semplicità, vengono illustrate come segue.

i Esempio 1

Il Contraente/Assicurato con Linea Silver opta per sé per le seguenti coperture cui corrispondono somme assicurate/massimali sotto indicati:

- Morte da Infortunio: € 100.000,00;
- Invalidità permanente da Infortunio: € 100.000,00;
- Invalidità permanente da Malattia: € 50.000,00;
- Indennità giornaliera da Ricovero € 50,00 – Rimborso spese mediche: € 500,00;
- Grande intervento chirurgico – Rimborso spese pre e post Ricovero: € 50.000,00;
- Assistenza;

in base alle Condizioni di Assicurazione, aderendo al Package Bambini, garantisce per questo/i ultimo/i le seguenti coperture:

- una Invalidità permanente da Infortunio o Malattia esclusivamente di grado pari o superiore al 66%;
- le somme assicurate e i massimali (ad eccezione di quelli previsti per le prestazioni di Assistenza – copertura 6 che rimangono identici a quelli previsti per l'Assicurato maggiorenne) sono, per ciascun bambino, di importo pari al 50% di quanto garantito per l'Assicurato maggiorenne.

N.B. non assicura il minore per morte da Infortunio.

i Esempio 2

In caso di Infortunio o Malattia che comporti per l'Assicurato un'Invalidità permanente accertata del 20%, non si darà luogo ad alcun Indennizzo, in quanto la percentuale di Invalidità permanente accertata è inferiore al 66%.

i Esempio 3

In caso di Malattia che comporti per l'Assicurato un'Invalidità permanente accertata del 70%, l'Assicurato avrà diritto ad un Indennizzo pari al 100% della somma assicurata, equivalente a € 25.000,00 (ciò in quanto, per il minore, le somme assicurate e i Massimali sono pari al 50% di quelli previsti per l'Assicurato maggiorenne). In caso di Infortunio la somma indennizzata è pari a € 75.000,00 (150% della somma assicurata).

In aggiunta a quanto sopra, ciascun Assicurato, in caso di Infortunio, ha diritto al rimborso delle spese sostenute per cure odontoiatriche, acquisto apparecchi acustici, lezioni private di recupero scuola, annullamento attività ricreative. Ciascuna di queste coperture è prestata fino alla concorrenza di € 500,00 per Sinistro e per Anno assicurativo, previa detrazione di una Franchigia assoluta di € 50,00 per ciascun Sinistro.

i Esempio

Spesa complessiva per lezioni private: € 300,00.

Alla spesa sostenuta va dedotta la Franchigia di € 50,00 (€ 300,00 - € 50,00) per ottenere l'importo liquidato, pari a € 250,00.

! Avvertenza:
L'Assicurazione vale per le persone di età compresa 1 (uno) e 70 (settanta) anni.
L'Assicurazione cessa alla scadenza annuale del Premio successiva al compimento del settantesimo anno di età dell'Assicurato.
L'eventuale incasso dei Premi, scaduti successivamente, da parte dell'Impresa, dà diritto all'Assicurato di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali.

4. Periodi di Carenza contrattuale

! Avvertenza:
La copertura assicurativa prevede Periodi di Carenza. Si rinvia all'Art. 21 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alla circostanza del Rischio – Questionario sanitario - Nullità

! Avvertenza:
Si richiama l'attenzione del Contraente/Assicurato sul fatto che, in relazione ai rischi da trasferirsi con la presente copertura assicurativa, eventuali sue dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, relative alle informazioni fondamentali per la determinazione dell'Impresa a contrarre o meno, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurativa contemplata nel Contratto di assicurazione stesso (Artt. 1892, 1893 e 1894 Cod. Civ.). Si veda in proposito l'Art. 1 delle Condizioni di Assicurazione.

! Avvertenza:
Le risposte fornite in sede di compilazione del Questionario sanitario, che costituisce parte integrante della Polizza, sottoposto al Contraente e/o all'Assicurato prima della sottoscrizione del Contratto di assicurazione, devono essere precise e veritiere.
Prima della sottoscrizione del Questionario sanitario il Contraente e/o l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate.

! Avvertenza:
Il Contratto di assicurazione non prevede specifici casi e/o cause di nullità.

6. **Aggravamento, diminuzione del rischio e variazioni nella professione**

Tutte le circostanze, originarie o sopravvenute, che influiscono sulla valutazione del Rischio e danno luogo ad un aggravamento o ad una diminuzione dello stesso, nonché eventuali variazioni della professione svolta, devono essere comunicate tempestivamente dal Contraente e/o Assicurato all'Impresa a mezzo di lettera raccomandata R/R.

Per maggiori dettagli in merito alle conseguenze derivanti dal mancato adempimento dell'obbligo di comunicare tali variazioni si rinvia **all'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio e forma delle comunicazioni, Art. 5 - Modifiche dell'Assicurazione, Art. 8 - Aggravamento del Rischio, Art. 9 - Diminuzione del Rischio, Art. 30 - Cambiamento dell'attività professionale dichiarata.**

Di seguito, è indicata a titolo esemplificativo una circostanza che costituisce una fattispecie di **aggravamento del Rischio**.

Variazione dell'attività professionale dichiarata:

- L'Assicurato dichiara al momento della stipulazione del Contratto di assicurazione di svolgere la funzione di impiegato comunale mentre, in corso di rapporto assicurativo, a seguito di concorso, assume l'incarico di agente di Polizia Municipale addetto al servizio pattugliamento; l'omissione di tale informazione determina l'applicazione dell'art. 1898 del Cod. Civ. (Aggravamento del rischio / Recesso dell'Impresa).

Di seguito, è indicata a titolo esemplificativo una circostanza che costituisce una fattispecie di **diminuzione del Rischio**.

Variazione dell'attività professionale dichiarata:

- L'Assicurato dichiara al momento della stipulazione del Contratto di assicurazione di svolgere la funzione di boscaiolo; nel corso del rapporto assicurativo assume la funzione di impiegato. In tal caso, l'Impresa, come previsto all'Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione, è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive.



Avvertenza:

Si rimanda ad una attenta lettura dell'Art. 31 delle Condizioni di Assicurazione "Attività diversa dall'attività professionale dichiarata in Polizza: Sinistro" per l'elencazione delle attività professionali escluse dalla copertura assicurativa.

7. **Premio**

Il Premio, consistente in una somma di denaro, è pagato in via anticipata ed è stabilito per periodi assicurativi della durata di un anno.

Il pagamento del Premio può essere rateizzato ed effettuato ogni mese, con frazionamento mensile, oppure pagato in un'unica soluzione una volta l'anno. In caso di frazionamento del Premio non sono previsti oneri aggiuntivi.

Modalità di pagamento: il Premio è corrisposto dal Contraente all'Impresa mediante addebito sul Conto Corrente intestato al Contraente e acceso presso la filiale della Banca del Gruppo UBI indicata nel Modulo di polizza.

! Avvertenza:
Il Contratto di assicurazione non prevede l'applicazione di sconti da parte dell'Impresa o dell'Intermediario

8. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate/massimali.

Per la copertura Invalidità permanente da Malattia e la copertura Grande intervento chirurgico – Rimborso spese pre e post Ricovero, il Premio è determinato in base all'appartenenza di ciascun Assicurato ad una fascia di età corrispondente all'effettiva età dello stesso.

Alla scadenza di ogni rata annuale, il Premio, le somme assicurate, i Massimali, le Indennità, i limiti di Indennizzo non espressi in percentuale sono adeguati/rivalutati in base alle variazioni percentuali "dell'Indice generale nazionale ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (FOI)" (indice costo della vita).

Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli Artt. 4 e 12 delle Condizioni di Assicurazione.

9. Diritto di Recesso

! Avvertenza:
Fatto salvo quanto previsto all'Art. 1898 Codice Civile, le Parti possono recedere dal Contratto di assicurazione mediante comunicazione a mezzo lettera raccomandata A/R, da inviare almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza. In tal caso l'Assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce il Recesso.
In mancanza di Recesso comunicato da una delle Parti, il Contratto di assicurazione è prorogato per una durata pari ad un anno o al diverso periodo originariamente assicurato e così successivamente.

Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

! Avvertenza:
Il Contratto di assicurazione non prevede la facoltà di Recesso in caso di Sinistro.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal Contratto di assicurazione

I diritti derivanti dal Contratto di assicurazione, ad eccezione del diritto al pagamento del Premio che si prescrive nel termine di 12 (dodici) mesi dalla relativa scadenza, si prescrivono in 24 (ventiquattro) mesi dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

L'Assicurato può interrompere la prescrizione biennale tramite raccomandata A/R; l'interruzione della prescrizione può anche avvenire attraverso il ricono-

scimento del diritto dell'Assicurato da parte dell'Impresa.

Il mancato rispetto dei termini di presentazione della denuncia di Sinistro è causa di decadenza dei diritti derivanti dal Contratto di assicurazione.

11. Legge applicabile al Contratto

Il Contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.

12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali relativi al Contratto di assicurazione sono a carico del Contraente.

Imposta sui premi

I premi pagati per le assicurazioni aventi ad oggetto i rischi di danni alla persona sono soggetti a imposta nella misura del 2,50%.

I premi pagati relativi alla copertura Assistenza sono soggetti a imposta nella misura del 10%.

Detraibilità fiscale dei premi

Sui premi pagati per le coperture aventi ad oggetto i rischi di danni alla persona, intendendosi per tali le coperture aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte e di Invalidità permanente (in misura non inferiore al 5%), è riconosciuta annualmente al Contraente una detrazione d'imposta ai fini IRPEF sui premi stessi nei limiti previsti dalla legge tempo per tempo vigente.

Tale detrazione fiscale spetta al soggetto che sopporta l'onere economico del pagamento del Premio; la detrazione spetta sempreché l'Assicurato – se persona diversa dal Contraente – sia fiscalmente a carico del Contraente stesso.

Tassazione delle prestazioni

Le somme liquidate non sono soggette ad alcuna imposizione fiscale.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo



Avvertenza:

il Sinistro deve essere denunciato dal Contraente e/o Assicurato o dai suoi aventi diritto all'Impresa entro 10 (dieci) giorni dall'accadimento, ovvero dal giorno in cui sia stato obiettivamente in grado di farlo, pena la decadenza dei diritti derivanti dal Contratto di assicurazione.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica che contenga la diagnosi e i motivi delle prestazioni prescritte.

L'Assicurato deve sottoporsi, a spese dell'Impresa, agli accertamenti e controlli medici disposti dalla stessa.

Si rinvia agli artt. 23 e segg. delle Condizioni di Assicurazione – Denuncia del Sinistro – Obblighi dell'Assicurato - per gli aspetti di dettaglio delle procedure liquidative.

! Avvertenza:
Relativamente alla Copertura 5 – Grande intervento chirurgico – Rimborso Spese pre e post Ricovero nonché alla - Copertura 6 – Assistenza, la denuncia deve esser effettuata presso la Struttura Organizzativa di Europ Assistance secondo le modalità e nei termini di cui agli Artt. 48 e 56, cui si rinvia per informazioni di maggior dettaglio.

14. Assistenza Diretta

La copertura Grande intervento chirurgico – Rimborso Spese pre e post ricovero viene prestata nella forma dell'Assistenza Diretta; in questo caso si provvede al pagamento diretto della Struttura Sanitaria Convenzionata.

In caso di Ricovero presso una Struttura Sanitaria NON Convenzionata, il rimborso verrà effettuato all'Assicurato applicando uno Scoperto del 25% con un minimo di € 1.000,00 ed un massimo di € 10.000,00 secondo quanto meglio specificato all'Art. 48 delle Condizioni di Assicurazione.

Si rammenta che sul sito internet dell'Impresa è presente un link di collegamento al sito internet di Europ Assistance (www.europassistance.it) per la consultazione dei centri e dei medici convenzionati.

Per maggiori dettagli si rinvia agli artt. 46 e segg. delle Condizioni di assicurazione.

15. Reclami

Reclami da presentare all'Impresa o all'Intermediario

I reclami relativi al Contratto di Assicurazione o alla gestione dei Sinistri devono essere presentati all'Impresa, anche utilizzando il modello disponibile sul sito internet della stessa, e trasmessi mediante posta, telefax o e-mail ai seguenti recapiti:

CARGEAS Assicurazioni S.p.A.
Servizio Reclami
Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano
Fax 02 49980492
e-mail: reclami@cargeas.it

L'Impresa comunica gli esiti del reclamo entro il termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento del reclamo stesso. Nel caso in cui l'Impresa non abbia fornito risposta nel termine indicato, ovvero la risposta sia ritenuta insoddisfacente, sarà possibile presentare reclamo all'IVASS secondo le modalità sotto riportate per i reclami da presentare direttamente all'Istituto.

I reclami relativi al comportamento dell'Intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori devono essere presentati all'Intermediario stesso, con le modalità e le tempistiche descritte nella dichiarazione contenente le "Informazioni da

rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, dal contratto", dal medesimo predisposto e consegnata al cliente.

Reclami da presentare all'IVASS

I reclami non riguardanti il Contratto di Assicurazione o la gestione dei Sinistri, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi devono essere presentati direttamente all'IVASS.

Il reclamo dovrà contenere i seguenti elementi essenziali:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esauritiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa ;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente il fatto e le relative circostanze;

dovrà essere trasmesso a:

IVASS
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Servizio Tutela degli Utenti,
Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma
Fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353
e-mail: ivass@pec.ivass.it

IVASS, acquisiti gli elementi di valutazione necessari, comunica al reclamante l'esito della gestione del reclamo entro il termine di 90 (novanta) giorni dall'acquisizione degli stessi.

Resta ferma la facoltà per il reclamante di rivolgersi a IVASS anche nei casi di reclamo presentato all'Intermediario, secondo quanto previsto dalla dichiarazione contenente le "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, dal contratto", predisposta e consegnata al cliente dall'Intermediario stesso.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari per le quali si richiede l'attivazione della rete FIN-NET è possibile presentare reclamo direttamente all'IVASS o al sistema estero competente individuabile accedendo al sito internet: <http://ec.europa.eu/fin-net>.

Autorità Giudiziaria

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo resta ferma la possibilità per il reclamante di adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento

dell'obbligatoria procedura di mediazione ai sensi del D. Lgs. 4 marzo 2010, n. 28 per la risoluzione di una controversia in materia assicurativa, o di avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.

Per maggiori dettagli si rinvia alla sezione Reclami presente sul sito internet dell'Impresa www.cargeas.it

16.Arbitrato/Autorità Giudiziaria

In caso di disaccordo tra Assicurato ed Impresa in merito alla indennizzabilità e/o alla quantificazione del Sinistro, sul rimborso delle spese mediche, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dalle Condizioni di Assicurazione, le decisioni sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo ove deve riunirsi il collegio dei medici.

Il collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa 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.

! Avvertenza:

Resta in ogni caso ferma la possibilità, per Impresa e Contraente, di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, previo esperimento dell'obbligatoria procedura di Mediazione secondo quanto disciplinato dall'Art. 16 delle Condizioni di Assicurazione.

GLOSSARIO

Di seguito si riportano le definizioni dei termini assicurativi utilizzati nel presente Fascicolo Informativo. I termini definiti al singolare avranno medesimo significato anche al plurale e viceversa ove il contesto lo richieda.

Ambulatorio	struttura o centro medico attrezzato, regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente ad erogare prestazioni medico chirurgiche in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Anno assicurativo	periodo di tempo pari a 365 o 366 giorni in caso di anno bisestile, corrispondente alla durata annuale del Contratto di assicurazione.
Assicurato	il/i soggetto/i il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione	la copertura offerta con il Contratto di assicurazione.
Assistenza diretta	il pagamento che l'Impresa, in nome e per conto dell'Assicurato effettua nei limiti di quanto dovuto a termini di Polizza, a favore delle Strutture Sanitarie Convenzionate per le prestazioni previste in Polizza.
Banca del Gruppo UBI	la Banca, appartenente al Gruppo UBI Banca, presso la quale il Contraente ha in essere un contratto di conto corrente e che agisce come Intermediario sulla Polizza.
Beneficiario	il soggetto o i soggetti ai quali l'Impresa deve liquidare l'Indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.
Carenza	periodo di tempo che intercorre fra la data di efficacia della Polizza e l'inizio della garanzia assicurativa, durante il quale la copertura per la prestazione indicata si intende inoperante.
Cartella clinica	documento ufficiale redatto durante il Ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso del paziente, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale di telemedicina	la struttura di Service, costituita da medici ed operatori ed in funzione dalle ore 9.00 alle ore 18.00, dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali, che provvede alla gestione ed all'erogazione del secondo parere medico.
Centro medico di riferimento	le strutture sanitarie ed i centri clinici facenti parte del network di Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, ospedali e medici specialisti, convenzionati con Service che provvedono alla formulazione del secondo parere medico a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.
Contraente	soggetto che stipula il Contratto di assicurazione con l'Impresa e si obbliga a pagare il Premio. Il Contraente può non coincidere con l'Assicurato. Le due figure coincidono quando il Contraente assicura un interesse di cui è titolare.
Contratto di assicurazione	accordo con il quale l'Impresa verso il pagamento di un Premio si impegna a tenere indenne l'Assicurato al verificarsi di fattispecie previste nella Polizza.
Convalescenza	il periodo stabilito e prescritto dal medico ospedaliero all'atto della dimissione oppure dal medico di base nei giorni successivi alla dimissione stessa per consentire il ritorno dell'Assicurato al suo stato di salute abituale.
Day-Hospital	degenza diurna in un Istituto di cura che non comporta un pernottamento, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata, documentata da rilascio di Cartella clinica dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'Istituto.
Day-Surgery	intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura in regime di degenza diurna che non comporta pernottamento, documentato da Cartella clinica.
Documentazione sanitaria	si compone della Cartella clinica e della documentazione medica e di fatture, notule e ricevute in originale.

Europ Assistance	Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano – Impresa autorizzata all’esercizio delle assicurazioni, con decreto del Ministero dell’Industria del Commercio e dell’Artigianato N.19569 del 2 giugno 1993 (Gazzetta Ufficiale del 1° luglio 1993 N. 152) - Iscritta alla sezione I dell’Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al N. 1.00108 – Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all’Albo dei Gruppi assicurativi - Società soggetta alla direzione e al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A.
Evento/Sinistro	verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l’Assicurazione.
Franchigia	somma predeterminata che l’Assicurato tiene a suo carico per ciascun Sinistro; percentuale/punti di Invalidità permanente per la quale non viene corrisposto alcun Indennizzo.
Grande intervento chirurgico	l’intervento chirurgico previsto nell’Allegato 2 Elenco Grandi Interventi Chirurgici alla Polizza.
Gessatura	<p>l’apparecchiatura per l’immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti quali bendaggio elastico adesivo (Tensoplast), tutori immobilizzanti inamovibili, stabilizzazioni temporanee (fissatori esterni, fili di sintesi), applicabili e rimovibili unicamente da personale medico o paramedico.</p> <p>Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell’efficacia della garanzia assicurativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) le fasce elastiche in genere; b) i bendaggi alla colla di zinco o c.d. “mollì”; c) i busti ortopedici elastici (Camp 35, MZ e simili); d) i collari Schanz, Colombari o Philadelphia; e) altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o di immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lettere a), b), c), d).
Impresa	CARGEAS Assicurazioni S.p.A.
Indennità/Indennizzo	la somma dovuta dall’Impresa in caso di Sinistro.

Indennità giornaliera	somma corrisposta dall'Impresa per ogni giorno di Ricovero in Istituto di cura.
Infortunio	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva - entro due anni dall'evento - la morte, un'invalidità permanente, una inabilità temporanea o altro evento coperto dalla Polizza.
Intermediario	la Banca del Gruppo UBI Banca, che colloca la Polizza presso i propri clienti sottoscrittori di un contratto di conto corrente.
Intervento chirurgico	atto medico avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, realizzato tramite cruentazione dei tessuti mediante l'uso di strumenti chirurgici, ovvero attraverso l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa (laser).
Intervento chirurgico ambulatoriale	intervento di chirurgia effettuato senza Ricovero, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.
Invalidità permanente	la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione svolta dall'Assicurato.
Istituto di cura	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura ed ogni altra struttura sanitaria di Ricovero, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case convalescenza o soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
ISVAP o IVASS	indica l'organo preposto alla vigilanza sulle assicurazioni private, come eventualmente sostituito in virtù di modifiche normative o regolamentari tempo per tempo sopravvenute.

Lettera di impegno	documento sottoscritto dall'Assicurato con il quale, in occasione di un Ricovero, lo stesso si impegna a pagare alla struttura convenzionata tutte le prestazioni mediche non contemplate nella Polizza nonché gli importi eccedenti le somme assicurate/massimali e gli importi relativi a franchigie e/o scoperti.
Malattia	ogni alterazione anatomico patologica evolutiva dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Malattia improvvisa	Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.
Malattia preesistente	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche preesistenti se note e/o diagnosticate alla data di sottoscrizione della Polizza.
Malattia progressa	condizione clinica che è l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della Polizza, già nota all'Assicurato in quanto manifestatasi clinicamente o già diagnosticata alla data di sottoscrizione della Polizza stessa e/o già evidenziata mediante accertamenti clinici e/o strumentali e/o già trattata con terapie. Pertanto in caso di Malattia Progressa , non opera nessuna delle Coperture Assicurative sottoscritte dall'Assicurato.
Malformazione, difetto fisico	menomazione clinicamente statica e stabilizzata, sia di tipo acquisito sia per esito di progressivo processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.
Massimale	somma massima liquidabile dall'Impresa a titolo di Indennizzo.
Mediazione	ai sensi di quanto disposta dall'art. 1, comma 1, lett. a) del D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010, l'attività, comunque denominata, svolta da un terzo imparziale e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa.

Modulo di polizza	documento contrattuale che unitamente a Fascicolo Informativo ed al Questionario sanitario costituisce il Contratto di assicurazione.
Modulo di proposta	documento pre-contrattuale che, unitamente alla Nota Informativa e alle Condizioni di assicurazione, compone il Fascicolo Informativo.
Nucleo familiare	tutti i componenti risultanti dallo stato di famiglia dell'Assicurato, senza una necessaria relazione di parentela con l'Assicurato stesso. Si intendono assicurati nel Nucleo familiare, anche il convivente more uxorio, ed i figli fiscalmente a carico.
Parti	il Contraente e CARGEAS Assicurazioni.
Polizza	documento che prova l'esistenza del Contratto di assicurazione.
Premio	somma dovuta dal Contraente all'Impresa.
Prescrizione	estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.
Prestazione	l'assistenza da erogarsi in natura, cioè l'aiuto che deve essere fornito all'Assicurato nel momento del bisogno, da parte di Europ Assistance tramite la propria Struttura Organizzativa.
Questionario sanitario	documento che l'Assicurato deve compilare prima della stipulazione del Contratto di assicurazione. Contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute dell'Assicurato e forma parte integrante del Contratto di assicurazione.
Recesso	scioglimento del vincolo contrattuale.
Ricovero	degenza in Istituto di cura, comportante almeno un pernottamento, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche, documentata da Cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera.
Rischio	la probabilità che si verifichi il Sinistro.
Scoperto	la percentuale di Indennizzo che l'Assicurato tiene a suo carico per ciascun Sinistro.

Service	società del gruppo Europ Assistance che si occupa dell'attività di organizzazione , coordinamento e fornitura di operazioni di aiuto e assistenza a persone o enti, in funzione delle loro necessità, in seguito a specifiche richieste di intervento, utilizzando mezzi propri o altrui. Europ Assistance Service S.p.A con sede in Milano, piazza Trento 8.
Sinistro/Evento	verificarsi del fatto dannoso per il quale è stata prestata l'Assicurazione.
Somma annua assicurata	massimo esborso dell'Impresa per ogni Anno assicurativo, qualunque sia il numero degli interventi chirurgici subiti da ciascun Assicurato.
Struttura Organizzativa	la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in Polizza.
Strutture Sanitarie Convenzionate	le strutture sanitarie (ospedali, istituti universitari, case di cura) e le equipe mediche convenzionate con Europ Assistance alle quali l'Assicurato potrà rivolgersi, su indicazione e previa autorizzazione della stessa, per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in Polizza. In caso di Ricovero tali prestazioni sono fornite senza che l'Assicurato debba provvedere ad anticipi o pagamenti che verranno effettuati direttamente da Europ Assistance ai centri convenzionati con le modalità previste in Polizza.
Strutture Sanitarie Non Convenzionate	le strutture sanitarie e/o equipe mediche diverse da quelle indicate da Europ Assistance, in possesso dei requisiti stabiliti dalla normativa di legge in vigore, alle quali l'Assicurato potrà comunque rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in Polizza, senza ottenere il servizio di pagamento diretto delle prestazioni da parte di Europ Assistance.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi

prestazioni di medicina riabilitativa, eseguite da personale in possesso di specifica abilitazione, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni negli individui colpiti da traumi, lesioni invalidanti, malattie infiammatorie o degenerazioni articolari.

Ubbriachezza

condizione conseguente all'assunzione di alcool, nella quale il livello di alcolemia risulta essere pari o superiore ai limiti previsti dalle vigenti normative.

Visita specialistica

visita effettuata da medico in possesso di specializzazione per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono escluse le visite specialistiche effettuate da medici non praticanti la medicina ufficiale (D.M. del 08/11/91 pubblicato sulla G.U. n. 262).

CARGEAS Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale
Benoit Marie Thys



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

NORME COMUNI

Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio e forma delle comunicazioni

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze originarie o sopravvenute che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile.

Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del Contratto di assicurazione devono esser trasmesse a mezzo lettera raccomandata A/R, ove non diversamente disciplinato dal Contratto di assicurazione o dalle norme applicabili.

Art. 2 – Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel Modulo di polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Restano, in ogni caso, fermi i periodi di Carenza indicati all'Art. 21.

Il Premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, ed è dovuto per intero anche se sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° (trentesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto dell'Impresa al pagamento dei Premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 Codice Civile.

I Premi devono essere pagati all'Impresa anche per il tramite dell'Intermediario.

Art. 3 – Modalità di pagamento del Premio

Il Premio, consistente in una somma di denaro, è pagato in via anticipata ed è stabilito per periodi assicurativi della durata di un anno.

Il pagamento del Premio può essere rateizzato ed effettuato ogni mese, con frazionamento mensile, oppure pagato in un'unica soluzione una volta l'anno. Il pagamento del Premio avviene tramite addebito sul conto corrente del Contraente presso la filiale della Banca del Gruppo UBI indicata nel Modulo di polizza; a tal fine, l'autorizzazione di addebito sottoscritta dal Contraente consente all'Impresa che vengano effettuati esclusivamente 3 (tre) tentativi di prelievo e cioè:

- a) al giorno di scadenza;
- b) il 15° (quindicesimo) giorno successivo la scadenza;
- c) il 29° (ventinovesimo) giorno successivo la scadenza.

Il Contraente prende pertanto atto e riconosce, nei confronti dell'Impresa, che in caso di assenza di fondi disponibili sufficienti alle tre date sopra in-

dicare, il pagamento del Premio o della rata di Premio non potrà andare a buon fine.

Qualora la Polizza, di durata annuale (o poliennale), preveda il frazionamento del Premio, questo, essendo unico e indivisibile, è dovuto per l'intero anno; pertanto, anche in caso di anticipata risoluzione del Contratto di assicurazione, **il Contraente è tenuto a corrispondere le rimanenti rate del Premio stesso.**

In ciascuno dei casi sopra indicati, le coperture assicurative oggetto del presente Contratto di assicurazione verranno sospese dalle ore 24 del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello della scadenza del pagamento del Premio o della rata di Premio e riprenderanno vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto dell'Impresa al pagamento dei Premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

In caso di mancato pagamento del Premio o della rata di Premio nei termini sopra indicati, il Contratto di assicurazione si risolve di diritto se l'Impresa non agisce per la riscossione nel termine di 6 (sei) mesi, fermo il diritto al Premio di assicurazione in corso e al rimborso delle spese.

Art. 4 - Proroga, Recesso, risoluzione e Periodo di Assicurazione

Per i casi nei quali la legge o il Contratto di assicurazione si riferiscono al periodo di Assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno.

Fatto salvo quanto previsto all'Art. 1898 Codice Civile, le Parti possono recedere dal Contratto di assicurazione mediante comunicazione a mezzo lettera raccomandata A/R, da inviare almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza. In tal caso l'Assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce il Recesso.

In mancanza di Recesso comunicato da una delle Parti, il Contratto di assicurazione è prorogato per una durata pari ad un anno o al diverso periodo originariamente assicurato e così successivamente, salvo intervenuta risoluzione di diritto del Contratto di assicurazione ai sensi dell'art. 1901 Codice Civile prima di tale scadenza, la Polizza si intende automaticamente risolta alla prima scadenza annuale successiva all'interruzione del rapporto di conto corrente intestato al Contraente con la Banca del Gruppo UBI.

L'Assicurazione vale per le persone di età compresa 1 (uno) e 70 (settanta) anni; in ogni caso, l'Assicurazione cessa alla scadenza annuale del Premio successiva al compimento del settantesimo anno di età dell'Assicurato.

L'eventuale incasso dei Premi, scaduti successivamente, da parte dell'Impresa, dà diritto al Contraente di richiederne la restituzione, con la maggioranza degli interessi legali.

Essendo la copertura Invalidità permanente da Malattia e la copertura Grande intervento chirurgico – Rimborso spese pre e post Ricovero basata sull'appartenenza di ciascun Assicurato ad una fascia di età corrispondente all'effettiva età dello stesso, in occasione della scadenza contrattuale della Polizza corrispondente al passaggio dell'Assicurato da una fascia all'altra, l'Impresa comunicherà al Contraente almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza il nuovo Premio proposto per il rinnovo.

Le fasce sono così prestabilite:

- fino a 30 anni;
- da 31 a 40 anni;
- da 41 a 50 anni;
- da 51 a 60 anni;
- da 61 a 65 anni;
- oltre 65 anni.

Il Contraente, nel caso in cui non accetti tale adeguamento potrà recedere dal Contratto di assicurazione dandone comunicazione all'Impresa nei modi di cui all'art. 1, comma 2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio e forma delle comunicazioni. La copertura assicurativa è in ogni caso garantita fino alla scadenza annuale del periodo assicurativo in corso.

Il pagamento, da parte del Contraente, del Premio nella nuova misura comunicata dall'Impresa ai sensi del presente articolo determina acquiescenza alla variazione dell'importo del Premio da parte del Contraente.

Art. 5 – Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche all'Assicurazione devono essere approvate per iscritto.

Art. 6 – Assicurazione per conto altrui

Poiché l'Assicurazione di cui al presente Contratto di assicurazione può essere stipulata anche per conto altrui, in tale caso 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 Codice Civile.

Art. 7 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente e/o l'Assicurato sono esonerati dal dichiarare all'Impresa l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze per la copertura del medesimo Rischio, fermo restando l'obbligo del Contraente o dell'Assicurato di darne avviso in caso di Sinistro.

L'omessa comunicazione di tale informazione in caso di Sinistro determina decadenza dal diritto all'Indennizzo.

Art. 8 – Aggravamento del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del Rischio. Gli aggravamenti del Rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile.

Art. 9 – Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di Recesso.

Art. 10 – Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia, a favore del Contraente e/o dell'Assicurato e dei rispettivi aventi diritto, al diritto di surrogazione verso i terzi responsabili di eventuali sinistri, previsto dall'art. 1916 Codice Civile.

Art 11 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali e tutti gli altri oneri stabiliti per legge relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 12 – Indicizzazione – Adeguamento automatico dei Massimali, delle somme assicurate, delle Indennità, dei limiti di Indennizzo e del Premio I Massimali, le somme assicurate, le Indennità, i limiti di Indennizzo non espressi in percentuale e il Premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'“Indice generale nazionale ISTAT dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati” (FOI) “indice costo della vita”.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice del mese di Settembre dell'anno precedente di quello di stipulazione del Contratto di assicurazione con quello del mese di Settembre successivo.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di Premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza in base al nuovo indice di riferimento, che avverrà ad opera della Banca del Gruppo UBI presso la quale è in essere il rapporto di conto corrente con il Contraente. Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni.

In caso di ritardata o intervenuta interruzione nella pubblicazione dell'indice, verrà fatto riferimento all'ultimo indice mensile conosciuto dell'anno precedente.

Qualora l'ISTAT modifichi la composizione ed i parametri del suddetto indice, l'adeguamento verrà calcolato in base alla variazione percentuale relativa al nuovo indice così risultante.

Non sono soggette ad indicizzazione le coperture e i Premi per la garanzia Assistenza.

Art 13 – Revisione del Premio

Limitatamente alla copertura Indennità giornaliera da Ricovero – Rimborso spese mediche e alla copertura Grande intervento chirurgico – Rimborso spese pre e post Ricovero, qualora si verificassero significative ed obiettive variazioni nelle norme che disciplinano la prestazione del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa si riserva la facoltà di variare il Premio applicato, comunicando al Contraente il nuovo Premio annuo con preavviso di 90 (novanta) giorni rispetto alla scadenza annuale successiva al tempo in cui le variazioni sono intervenute.

Il Contraente che non accetti il nuovo Premio proposto, può recedere dal Contratto di assicurazione a partire dalla scadenza di rinnovo.

Il pagamento, da parte del Contraente, del Premio nella nuova misura comunicata dall'Impresa ai sensi del presente articolo determina acquiescenza alla variazione dell'importo del Premio da parte del Contraente.

Art. 14 – Prescrizione

I diritti derivanti dal Contratto di assicurazione, ad eccezione del diritto al pagamento del Premio che si prescrive nel termine di 12 (dodici) mesi dalla relativa scadenza, si prescrivono in 24 (ventiquattro) mesi dal giorno in cui si è verificato il fatto sui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

Art. 15 – Cessione della Polizza

Il Contraente non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione.

Art. 16 – Mediazione

In tutti i casi in cui le Parti intendano rivolgersi all'Autorità Giudiziaria per la risoluzione di una controversia civile tra di loro insorta in relazione al Contratto di Assicurazione, esse devono, ai sensi del D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010 e successive modifiche, esperire un tentativo obbligatorio di conciliazione rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia, e avente sede nel medesimo luogo ove il giudice territorialmente competente sarebbe chiamato a decidere la controversia.

In tal caso, la parte che propone la mediazione deve trasmettere all'altra parte la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, quale condizione di procedibilità dell'eventuale domanda giudiziale.

Art. 17 – Foro competente

Fermo quanto previsto all'art. 16 – Mediazione, per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione della Polizza, il foro competente sarà quello di residenza della parte attrice, ad eccezione del caso in cui l'Assicurato rivesta la qualifica di consumatore ai sensi dell'Art. 3 del D. Lgs. N. 206/2005.

In tale ultimo caso sarà competente il foro nella cui circoscrizione si trova la residenza o il domicilio elettivo dell'Assicurato.

Art. 18 – Rinvio alle norme di legge

Il presente Contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 19 – Validità territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo, fatto salvo, per l'Assicurazione Infortuni, quanto indicato all'Art. 28, comma 1 e, per l'Assicurazione Assistenza, quanto indicato agli artt. 53, 54 e 55.

Art. 20 – Persone non assicurabili

Premesso che l'Impresa non avrebbe acconsentito a prestare la copertura assicurativa qualora al momento della stipulazione del Contratto di assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, psicofarmaci non ad uso terapeutico) o da AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) resta inteso che, al manifestarsi di uno o più episodi di almeno una tra tali condizioni nel corso del Contratto di assicurazione, l'Assicurazione cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 Codice Civile.

La cessazione dell'Assicurazione comporta l'obbligo per l'Impresa – a parziale deroga dell'art. 1898 Codice Civile – di rimborsare al Contraente la parte di Premio pagato e non goduto, relativa al periodo successivo alla comunicazione da parte del Contraente, o comunque all'accertamento da parte dell'Impresa, delle sopravvenute cause di non assicurabilità.

Art. 21 – Periodi di Carenza

La copertura decorre:

1. **per gli Infortuni:** dal momento in cui, ai sensi dell'art. 2, comma 1 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione ha effetto l'Assicurazione;
2. **per le Malattie:** dal 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione ai sensi del precedente Art. 2, comma 1;
3. **per le conseguenze di Malattie preesistenti alla stipulazione della Polizza ma non manifestate e non note in quel momento all'Assicurato per le quali non sono stati praticati accertamenti o terapie ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione della polizza:** dal 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione ai sensi del precedente Art. 2, comma 1;
4. **per il parto:** dal 300° (trecentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione ai sensi del precedente Art. 2, comma 1.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza, per lo stesso Rischio e a favore dello stesso Assicurato e per la prestazione di identiche coperture (anche se stipulata da altra Impresa assicuratrice) e ferma la condizione che siano stati esauriti interamente i termini di Carenza previsti dal Contratto di assicurazione precedente, i termini di aspettativa di cui sopra:

- **limitatamente ai punti 2, 3 e 4 sono abrogati nella presente Polizza per le prestazioni e le somme previste dalla Polizza sostituita;**
- **sono invariati per il punto 2 e operano con il massimo di 90 (novanta) giorni limitatamente ai punti 3 e 4, per le maggiori somme e le diverse coperture da essa prevista rispetto a quella sostituita.**

Art. 22 – Modalità di combinazioni delle coperture

Il Contraente, all'atto della stipulazione della presente Polizza, può scegliere una delle linee sotto indicate, che si differenziano per coperture prestate e somme assicurate.

Nr.	Copertura	Somme assicurate/Massimali			
		Essential	Silver	Gold	Platinum
1	Morte da Infortunio	€ 50.000	€ 100.000	€ 200.000	€ 400.000
2	Invalidità permanente da Infortunio	€ 50.000	€ 100.000	€ 200.000	€ 400.000
3	Invalidità permanente da Malattia	== =	€ 50.000	€ 100.000	€ 200.000
4	Indennità giornaliera da Ricovero (a), Rimborso spese mediche (b)	€ 25 (a) € 250 (b)	€ 50 (a) € 500 (b)	€ 75 (a) € 750 (b)	€ 100 (a) € 1.000 (b)
5	Grande intervento chirurgico (a) Rimborso spese pre e post Ricovero (b)	== =	€ 50.000 (a) € 3.000 (b)	€ 75.000 (a) € 5.000 (b)	€ 100.000 (a) € 7.000 (b)
6	Assistenza	Inclusa	Inclusa	Inclusa	Inclusa
7	Package Bambini	A richiesta	A richiesta	A richiesta	A richiesta

La combinazione delle coperture all'interno delle linee di prodotto risulta essere la seguente:

- la copertura Invalidità permanente da Infortunio (nr. 2) è sottoscrivibile liberamente per le linee Silver, Gold e Platinum mentre per la linea Essential è obbligatoriamente abbinata alla copertura Indennità giornaliera da Ricovero e Rimborso spese mediche (nr. 4)
- la copertura Morte da Infortunio (nr. 1) può essere sottoscritta solamente in presenza della copertura Invalidità permanente da Infortunio (nr. 2) per tutte le linee;
- la copertura Invalidità permanente da Malattia (nr. 3) non è sottoscrivibile per chi sceglie la linea Essential;
- la copertura Invalidità permanente da Malattia (nr. 3), la copertura Indennità giornaliera da Ricovero e Rimborso spese mediche (nr. 4) e la copertura Grande intervento chirurgico Rimborso spese pre e post Ricovero (nr. 5) sono liberamente sottoscrivibili per le per le linee Silver, Gold e Platinum;
- la copertura Assistenza (nr. 6) è obbligatoriamente inclusa per tutte le linee;
- la copertura Package Bambini (nr. 7) può essere acquistata in abbinamento ad almeno una delle coperture; nel caso sia sottoscritta la copertura Morte da Infortunio (nr. 1) la stessa non opera per il minorenne.

Le somme assicurate/massimali, non sono modificabili.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

Art. 23 - Denuncia del Sinistro - Obblighi dell'Assicurato

Ove non diversamente disciplinato dal Contratto di assicurazione, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono, pena decadenza dei diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione denunciare l'Infortunio, la Malattia, il Ricovero o quant'altro oggetto della presente Assicurazione **entro 10 (dieci) giorni dall'accadimento ovvero dal giorno in cui siano stati obiettivamente in grado di farlo**, direttamente alla filiale della Banca del Gruppo UBI presso cui è stato sottoscritto il Contratto di assicurazione o alla direzione dell'Impresa. La denuncia deve essere corredata da certificato medico, eventuale copia conforme all'originale della

Cartella Clinica (che verrà trattenuta dell'Impresa) e deve contenere, a seconda dei casi, l'indicazione del luogo e dell'ora dell'evento, una circostanziata descrizione dei fatti, la presentazione in originale delle relative notule, fatture, distinte e ricevute debitamente quietanzate (che saranno restituite a semplice richiesta) nonché ogni ulteriore documentazione medica comprovante il decorso delle lesioni. L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli disposti dall'Impresa, fornire alla stessa (anche tramite gli aventi diritto) ogni informazione e produrre copia di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

Per tutte le coperture assicurative estese al Nucleo familiare, l'Assicurato dovrà altresì produrre documentazione attestante lo Stato di Famiglia.

Per la copertura 5 – Grande intervento chirurgico resta valido quanto indicato nella relativa sezione.

Per la copertura 6 – Assistenza resta valido quanto indicato nella relativa sezione.

Art. 24 - Anticipo Indennizzo

Relativamente alla copertura per Invalidità permanente da Infortunio (Art. 34) e Invalidità permanente da Malattia (Art. 39), l'Assicurato può richiedere, **non prima di 90 (novanta) giorni** dalla data di presentazione della denuncia, il pagamento di un acconto sino al massimo del 50% del presumibile Indennizzo **a condizione che:**

- **non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità;**
- **la presunta percentuale di invalidità stimata dall'Impresa in base alla documentazione acquisita sia superiore al 30%.**

La corresponsione dell'anticipo avverrà entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento dell'intera documentazione e compiuti i necessari accertamenti del caso.

Art. 25 - Valutazione del danno, arbitrato

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro, sul grado di Invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo ove deve riunirsi il collegio dei medici.

Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. È data facoltà al collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità permanente ad epoca da definirsi dal collegio stesso, nel qual caso il collegio può intanto concedere una provvisoria sull'Indennizzo. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, 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.

Art. 26 - Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa liquida le Indennità che risultino dovute, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede entro i 30 (trenta) giorni successivi al pagamento, al netto degli eventuali anticipi di cui all'Art. 24.

Art. 27 - Valuta di pagamento

Le Indennità ed i rimborsi vengono corrisposti in Italia in Euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non appartenenti all'Unione Europea o appartenenti alla stessa ma che non abbiano adottato l'Euro come valuta, il rimborso sarà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l'Assicurato ha sostenuto le spese.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 28 – Oggetto dell'Assicurazione

La presente Assicurazione è prestata per gli Infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento:

- dell'attività professionale dichiarata nel Modulo di polizza;
- di ogni altra normale attività svolta senza carattere di professionalità, compreso il servizio di volontariato svolto nell'ambito dell'attività di associazione di volontariato riconosciuta dalla vigente legge limitatamente all'attività svolta sul territorio della Repubblica Italiana, dello Stato di Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino.

Sono altresì compresi gli Infortuni subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi o subiti in stato o in conseguenza di malore, vertigini o incoscienza.

Sono considerati Infortuni e compresi nell'Assicurazione anche:

- a) l'asfissia purchè non dipendente da Malattia;
- b) l'annegamento;
- c) l'assideramento e il congelamento;
- d) le conseguenze di colpi di sole o calore, di freddo e le folgorazioni;
- e) gli avvelenamenti, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
- f) le infezioni causate da morsi di animali o punture d'insetti (**con esclusione delle infezioni malariche e le malattie tropicali, nonché le conseguenze delle punture di zecca**);
- g) le lesioni determinate da sforzi;
- h) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche, accertamenti diagnostici e cure mediche resi necessari da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza.

L'Assicurazione vale anche per gli Infortuni:

- 1) derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione

per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dal territorio della Repubblica Italiana, dello Stato di Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino;

- 2) derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, aggressioni ed atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva o volontaria;
- 3) subiti come conducente di qualsiasi veicolo o natante a motore, sempreché l'Assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore salvo quanto previsto all'Art. 29 lettera e;
- 4) subiti come conducente di qualsiasi altro mezzo se compatibile con l'attività professionale descritta in Polizza ed in quanto in possesso dei requisiti di legge;
- 5) subiti in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei turistici, di trasferimento e di trasporto pubblico passeggeri su *velivoli ed elicotteri* salvo quanto previsto all'Art. 29 lettera g; sono compresi gli Infortuni subiti in conseguenza di forzato dirottamento del velivolo o di atti di pirateria aerea;
- 6) derivanti da stato di ubriachezza **sempreché l'Infortunio non si verifichi durante la guida di veicoli a motore;**
- 7) derivanti dalla pratica di qualsiasi sport ad eccezione di:
 - **arti marziali in genere, atletica pesante, guidoslitta (bob), bungee jumping, kayak, canoa fluviale, torrentismo, idrospeed, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, football americano, salto dal trampolino con gli sci o idrosci, kite-surf, snow-kite, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci o snow-board estremi, skeleton, speleologia, paracadutismo;**
 - **immersioni con autorespiratore (salvo quelle effettuate sotto la guida dell'istruttore subacqueo, esclusivamente in occasione della partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello, comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua);**
 - **quelli esercitati professionalmente o che comunque comportino remunerazione sia diretta che indiretta;**
 - **uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti abilitati agli sport motoristici;**
 - **partecipazioni a corse o gare e relative prove od allenamenti, se comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore.**

Sono comprese nell'Assicurazione le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:

- a. **qualora l'ernia risulti operabile non verrà corrisposto alcun indennizzo;**
- b. **qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un Indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente totale;**
- c. **qualora insorga contestazione circa la natura o l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al collegio medico di cui all'Art. 25.**

Art. 29 – Esclusioni

L'Assicurazione **non è operante** per gli Infortuni causati da:

- a. **atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- b. **suicidio e tentato suicidio;**
- c. **infarti da qualunque causa determinati;**
- d. **ernie, salvo quanto previsto dall'Art. 28 ultimo capoverso;**
- e. **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore.**

Tuttavia, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'assicurazione conserva la sua efficacia a condizione che la validità della patente stessa venga confermata successivamente alla data del sinistro;

- f. **guida di velivoli ed elicotteri, nonché dal loro uso in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;**
- g. **uso, anche come passeggero di**
 - **velivoli ed elicotteri di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;**
 - **aeroclubs;**
 - **apparecchi per il volo da diporto o sportivo, quali alianti, ultraleggeri, deltaplani, parapendio e simili;**
- h. **guerra, insurrezione popolare, occupazione militare, invasione, salvo quanto previsto dall'Art. 28 punti 1 e 2;**
- i. **uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;**
- j. **uso, anche come passeggero, di veicoli o di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;**
- k. **terremoti, inondazioni, maremoti, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;**
- l. **trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, raggi X, salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi della presente Polizza;**
- m. **conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortuni;**
- n. **terrorismo nucleare, biologico, chimico.**

Art. 30 – Cambiamento dell'attività professionale dichiarata

Qualora nel corso del Contratto di assicurazione, si verifichi un cambiamento dell'attività professionale dichiarata ed indicata nel Modulo di polizza, si applica quanto previsto dagli Artt. 8 e 9 delle Condizioni di Assicurazione e pertanto l'Assicurato è tenuto a darne comunicazione all'Impresa.

Se il cambiamento implica aggravamento di Rischio, le Parti hanno facoltà di recedere dal Contratto di assicurazione, salvo accordo per la prosecuzione dello stesso a diverse condizioni.

Se invece il cambiamento implica diminuzione di Rischio, l'Impresa provvederà a ridurre proporzionalmente il Premio, rinunciando ad avvalersi del diritto di Recesso riconosciute ai sensi dell'Art. 1897 Codice Civile.

In entrambi i casi le nuove condizioni di Premio decorreranno dall'annualità assicurativa successiva alla comunicazione.

Art. 31 – Attività diversa dall'attività professionale dichiarata in Polizza: Sinistro

Se l'Infortunio si verifica nel corso di un'attività professionale diversa da quella dichiarata sul Modulo di polizza, ovvero nello svolgimento di una diversa attività che presenti caratteri di professionalità, **l'Indennizzo è dovuto:**

- **in misura integrale se all'attività in questione corrisponde un Rischio non maggiore rispetto a quello dell'attività professionale indicata sul Modulo di polizza;**
- **in misura non integrale, ossia ridotto del 40% se all'attività in questione corrisponde un Rischio maggiore.**

A tal fine, per determinare il livello di Rischio dell'attività professionale dichiarata in Polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del Sinistro, si farà riferimento alla classificazione delle attività professionali riportate **nell'allegato 3 "Elenco professioni"** alla Polizza. In caso di attività eventualmente non specificata in tale classificazione, saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia a un'attività elencata.

Non sarà corrisposto alcun Indennizzo qualora l'attività professionale svolta al momento dell'Infortunio sia annoverabile fra le seguenti:

- **attività a contatto con esplosivi, sostanze radioattive e materiale pirotecnico;**
- **attività circense;**
- **attività dello spettacolo, cinema/teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili;**
- **attività subacquee;**
- **collaudatore auto/motoveicoli;**
- **corpi armati dello Stato (Militari o di Polizia);**
- **fantino/driver;**
- **guardia del corpo;**
- **guardia/agente di pubblica sicurezza, doganale, portuale, di finanza e stradale;**
- **maestro, istruttore o allenatore sportivo di alpinismo/bob/deltaplano/guida sportiva/idrospeed/paracadutismo/parapendio/rafting/roccia/salto dal trampolino/sci acrobatico/sci alpinismo/slittino/sopravvivenza/volo;**
- **speleologia;**
- **sportivi professionisti.**

Art. 32 – Criteri di indennizzabilità

L'Impresa corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.

Se al momento dell'Infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

COPERTURE OFFERTE

Art. 33 – Copertura 1 – Morte da Infortunio

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, l'Impresa ef-

fettua il pagamento della somma assicurata ai Beneficiari designati e indicati nel Modulo di polizza o in assenza agli eredi testamentari o legittimi in parti uguali.

L'Indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per il caso di Invalidità permanente. Pertanto, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità permanente in conseguenza del medesimo Infortunio, l'Assicurato morisse entro 1 (un) anno dalla data del Sinistro, l'Impresa corrisponderà ai Beneficiari la sola differenza tra l'Indennizzo pagato e quello assicurato per il caso morte, ove questo sia superiore.

Art. 33.1 – Morte presunta

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza il corpo dell'Assicurato scompaia e non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, l'Impresa liquiderà la somma prevista in caso di morte.

La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 (centottanta) giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termine degli artt. 59 e 60 del Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non sia verificata o che comunque non sia dipesa da Infortunio indennizzabile, l'Impresa avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 33.2 – Commorienza

Qualora tra i Beneficiari designati o aventi diritto figurino figli minori ovvero maggiorenni permanentemente inabili al lavoro, la quota parte dell'Indennizzo a loro spettante verrà raddoppiata nel caso in cui, in conseguenza diretta ed esclusiva dello stesso Infortunio, si verifichi il decesso dell'Assicurato e del coniuge con lo stesso convivente o del convivente more uxorio.

Resta inteso che **l'importo del maggior Indennizzo**, qualunque sia il numero degli aventi diritto, **non potrà mai superare la somma complessiva di € 400.000,00.**

In caso di commorienza in assenza di figli minori ovvero di figli maggiorenni permanentemente inabili al lavoro, vale quanto indicato all'Art. 33.

Art. 34 – Copertura 2 – Invalidità permanente da Infortunio

Qualora un Infortunio abbia come conseguenza una Invalidità permanente, l'Impresa liquiderà a tale titolo, secondo le percentuali indicate nella Tabella allegata (T.U. per gli "Infortuni sul Lavoro e le Malattie Professionali"), una Indennità calcolata in proporzione al grado di invalidità accertato sulla somma assicurata per Invalidità permanente totale indicata nel Modulo di polizza.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nei casi di mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano

sinistra e viceversa. **Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.**

Nei casi di Invalidità permanente non specificati nella tabella del T.U. per gli "Infortuni sul Lavoro e le Malattie Professionali", la valutazione dell'Invalidità permanente è effettuata, tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, dalla complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

Art. 35 – Invalidità permanente da Infortunio: determinazione dell'Indennizzo, Franchigia e supervalutazione

L'Indennizzo spettante per Invalidità permanente avviene con le seguenti modalità:

a. nessun Indennizzo verrà riconosciuto qualora l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% dell'invalidità totale.

Qualora l'Invalidità permanente risulti di grado:

b. superiore al 5% ma inferiore al 26% dell'invalidità totale, l'Indennizzo verrà liquidato previa deduzione di una Franchigia di 5 punti percentuali;

c. pari o superiore al 26% ma inferiore al 66% dell'invalidità totale, l'Indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna Franchigia;

d. pari o superiore al 66%, l'Impresa liquiderà un Indennizzo pari al 150% della somma assicurata per Invalidità permanente.

Art. 36 – Morte dell'Assicurato successivamente alla determinazione dell'Indennizzo

Il diritto all'Indennizzo per Invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'Assicurato medesimo ha trasmesso all'Impresa l'esito degli accertamenti e delle visite mediche effettuate, l'Impresa paga ai Beneficiari l'importo concordato ovvero, in assenza di accordo, l'importo offerto.

Art. 37 – Non cumulabilità con la garanzia Invalidità permanente da Malattia

L'Assicurazione di Invalidità permanente da Infortunio non potrà in alcun caso cumularsi con la copertura di Invalidità permanente da Malattia.

Art. 38 – Danni estetici

In caso di Infortunio, rientrante nelle coperture prestate a termini di Polizza, con conseguenze di carattere estetico, l'Impresa rimborserà fino ad un massimo di € 3.000,00 le spese sanitarie documentate, sostenute dall'Assicurato, per interventi di chirurgia estetica - ricostruttiva.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 39 – Copertura 3 – Invalidità permanente da Malattia

L'Assicurazione vale per le Invalidità permanenti conseguenti a Malattie manifestatesi successivamente alla data di effetto dell'Assicurazione, fermi i periodi di Carenza previsti all'art. 21 punti 2, 3 e 4, e non oltre la data della sua cessazione.

Rientrano nella copertura offerta, sempre fermi i periodi di Carenza previsti all'Art. 21 punti 2, 3 e 4, anche le Malattie insorte precedentemente alla data di effetto dell'Assicurazione, purchè non conosciute, a tale data, dall'Assicurato o dal Contraente e che abbiano dato origine, per la prima volta, a cure, esami, diagnosi successivamente alla data di effetto dell'Assicurazione.

Art. 40 – Criteri di indennizzabilità

L'Impresa corrisponde l'indennizzo a guarigione avvenuta per le sole conseguenze dirette causate dalla Malattia denunciata.

Se la Malattia colpisce una persona già affetta da altre patologie non è indennizzabile l'aggravamento dello stato di salute causato dalle patologie preesistenti.

Le Invalidità permanenti per Malattia già accertate durante la validità del Contratto di assicurazione non saranno ulteriormente valutate sia in caso di aggravamento che in caso di coesistenza con nuove invalidità per malattie insorte successivamente che verranno quindi valutate in modo autonomo.

Se a giudizio del medico dell'Assicurato e del consulente medico dell'Impresa un adeguato trattamento terapeutico può modificare positivamente la prognosi della Malattia e l'Assicurato non vuole sottoporsi, la valutazione dell'invalidità permanente viene calcolata come se l'Assicurato si fosse sottoposto al trattamento.

Art 41 – Liquidazione delle Indennità

La percentuale di Invalidità viene accertata in un periodo compreso tra i 9 (nove) e i 18 (diciotto) mesi dalla data della denuncia della Malattia secondo i parametri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124.

Previa richiesta dell'Assicurato, l'accertamento della percentuale di Invalidità permanente, potrà avvenire trascorsi almeno 6 (sei) mesi dalla denuncia a condizione che:

- **venga prodotta diagnosi clinica di guarigione avvenuta;**
- **la menomazione conseguente alla Malattia risulti del tutto stabilizzata.**

Nel solo caso di Malattia neoplastica, la valutazione dei postumi viene effettuata al 9° (nono) mese dalla denuncia indipendentemente dalla guarigione clinica. Nei casi di Invalidità permanente non previsti dal suddetto T.U. la percentuale di invalidità è accertata tenuto conto della diminuita capacità generica lavorativa indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Nessuna Indennità spetta quando l'Invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25% della totale.

Quando l'Invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 25% della totale, l'Impresa liquida un **Indennizzo calcolato sulla somma assicurata /massimali prescelti ai sensi dell'Art. 22 ed indicati nel Modulo di polizza** secondo il seguente schema:

Percentuale di Invalidità permanente

Accertata	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	dal 35 al 55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	oltre 65
Liquidata	5	8	11	14	17	20	23	26	29	32	uguale all'accertata	59	63	67	71	75	79	83	87	91	95	100

Se l'Assicurato muore anche per causa indipendente dalla Malattia dopo che l'Assicurato medesimo ha trasmesso all'Impresa l'esito degli accertamenti e delle visite mediche effettuate, l'Impresa paga ai Beneficiari l'importo concordato ovvero, in assenza di accordo, l'importo offerto.

Art. 42 - Non cumulabilità con la copertura Invalidità permanente da Infortunio

Le prestazioni della copertura Invalidità permanente da Malattia non potranno in alcun caso cumularsi con le prestazioni della copertura di Invalidità permanente da Infortunio.

Art. 43 - Esclusioni

L'Assicurazione di cui alla presente sezione, non opera per le Invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- a) conseguenze di Malattia progressiva ovvero stati patologici pregressi;
- b) disturbi mentali classificati nel manuale diagnostico e statistico DSM-IV-TR MG (quali ad esempio: umore depresso, ansia, sintomi fisici non giustificati, disturbi cognitivi che non siano la conseguenza diretta ed esclusiva di eventi traumatici, disturbi del sonno, disfunzioni sessuali, modificazioni patologiche del peso o anomalie della condotta alimentare, sintomi psicotici, sintomi maniacali, sintomi del controllo degli impulsi, sintomi dissociativi, tic motori o vocali, disturbi o disfunzioni di personalità);
- c) forme di etilismo acuto o cronico o dall'uso non terapeutico, di psicofarmaci o stupefacenti;
- d) malattie contratte professionalmente così come definite dal D. Lgs. Nr. 38 del 2000 e successive modifiche e integrazioni;
- e) trattamenti estetici, cure dimagranti o dietetiche;
- f) guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- g) contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico;
- h) trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale da particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni conseguenti a terapie mediche necessarie per la cura dell'Assicurato.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO - RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art. 44 – Copertura 4 – Indennità giornaliera da Ricovero, Convalescenza, Gessatura – Rimborso spese mediche

Art. 44.1) Indennità giornaliera da Ricovero in Istituto di cura

A) Ricovero

L'Impresa, in caso di Ricovero dell'Assicurato con o senza Intervento chirurgico, reso necessario da:

- **Infortunio,**
- **Malattia,**

corrisponderà l'Indennità giornaliera indicata nel Modulo di polizza per ciascun giorno di Ricovero in Istituto di cura, **escluso quello di dimissioni, e per la durata massima di 100 (cento) giorni per anno assicurativo.**

In caso di parto naturale o cesareo, l'Indennità giornaliera viene corrisposta per un massimo di 7 (sette) giorni.

B) Day Hospital

La copertura viene estesa in caso di degenza dell'Assicurato in regime di Day Hospital, resa necessaria da Infortunio o Malattia, per una Indennità giornaliera identica a quella assicurata per il caso di Ricovero.

L'Indennità giornaliera è dovuta esclusivamente per durata uguale o superiore a 3 (tre) giorni consecutivi, salvo le festività.

Qualora l'Assicurato, nell'arco temporale di 6 (sei) mesi, effettui almeno 5 (cinque) giorni di Day Hospital - anche non consecutivi - relativi alla medesima patologia, l'Impresa corrisponderà l'Indennità giornaliera assicurata per ciascun giorno di degenza diurna.

La copertura non opera per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali, eseguiti ai soli fini diagnostici.

C) Day-Surgery

La copertura è altresì estesa in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale dell'Assicurato in regime di Day-Surgery, reso necessario da Infortunio o Malattia, per una Indennità giornaliera identica a quella assicurata per il caso di Ricovero.

Art. 44.2) Indennità giornaliera per Convalescenza

L'Impresa, in caso di Convalescenza, successiva ad un Ricovero conseguente a Infortunio o Malattia e per parto cesareo in un Istituto di cura o Intervento chirurgico in Day-Surgery, certificata dai medici ospedalieri o dal proprio medico di base che hanno in cura l'Assicurato, **assicura la corresponsione dell'Indennità giornaliera indicata nel Modulo di polizza, per un periodo fino a 2 volte la durata del Ricovero o del Day Surgery e per un massimo di 30 (trenta) giorni per anno assicurativo.**

L'Indennità giornaliera per Convalescenza non si cumula con quella da Gessatura di cui all'art. 44.3

La garanzia non opera in caso di parto naturale.

Art. 44.3) Indennità giornaliera da Gessatura

In caso di Infortunio che renda necessaria una Gessatura, verrà corrisposta l'Indennità giornaliera indicata nel Modulo di polizza per tutto il periodo durante il quale si è resa necessaria la Gessatura sino alla rimozione della stessa e comunque **per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni per anno assicurativo.**

L'Assicurazione **si intende estesa, anche ai casi di immobilità fisica** comportante la totale incapacità ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate, quando, in uno dei seguenti casi, non sia comunque clinicamente possibile applicare l'ingessatura o il tutore immobilizzante esterno equivalente:

- frattura del bacino o dell'anca;
- frattura cranica;
- frattura di almeno 2 costole;
- frattura della colonna vertebrale.

L'Indennità giornaliera da Gessatura e da Ricovero non si cumulano, in nessun caso, durante il periodo dell'eventuale degenza in Istituto di cura.

L'Indennità giornaliera da Gessatura non si cumula neppure con quella da Convalescenza di cui all'Art. 44.2.

Art. 44.4) Rimborso spese mediche

In caso di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura ovvero di Intervento chirurgico, reso necessario da Infortunio, Malattia, l'Impresa indennizza, fino alla concorrenza della somma assicurata indicata nel Modulo di polizza per anno assicurativo e per persona assicurata le spese sostenute per:

1. esami, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, effettuate nei **90 (novanta) giorni precedenti il Ricovero o l'intervento;**
2. esami, visite specialistiche, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, acquisto e noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse carrozzelle ortopediche) cure termali, effettuati nei **90 (novanta) giorni successivi alla data dell'intervento o alle dimissioni dal Ricovero.**

Le spese di cui sopra devono essere direttamente inerenti all'Infortunio o alla Malattia che hanno determinato il ricorso alle prestazioni.

Art. 44.5) Prestazioni per il neonato

La copertura è estesa, fino al compimento del primo anno di età del neonato Assicurato e comunque non oltre la prima scadenza annua di Premio, a condizione che, al momento del Ricovero o dell'Intervento chirurgico ambulatoriale, **l'Assicurazione per la madre sia in vigore ininterrottamente da 365 (trecentosessantacinque) giorni prima della nascita del neonato.**

Le spese mediche sono riconosciute così come specificato all'Art. 44.4) della presente sezione.

Al termine della copertura gratuita, sarà facoltà del Contraente estendere al figlio le condizioni/esclusioni previste nel Package Bambini.

Art. 45 – Esclusioni

L'Assicurazione di cui alla presente sezione, non opera per:

1. le conseguenze dirette di Infortuni, nonché per le Malattie che abbiano dato origine a ricoveri effettuati successivamente alla scadenza o anticipata ces-

sazione per qualsiasi motivo della Polizza anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto durante la validità della garanzia. Fanno eccezione i Ricoveri iniziati durante il periodo di validità della copertura e protratti successivamente alla data di scadenza della Polizza per i quali l'Impresa corrisponderà la sola Indennità giornaliera per Ricovero (Art. 44.1) per tutta la durata del Ricovero con esclusione Art 44.2) dell'Indennità giornaliera per Convalescenza;

2. gli Infortuni che l'Assicurato può subire durante l'uso, anche come passeggero, di apparecchi per il volo da diporto o sportivo, quali alianti, ultraleggeri, deltaplani, parapendio e simili;
3. gli Infortuni derivanti dalla partecipazione pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
4. gli Infortuni derivanti dall'uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti abilitati agli sport motoristici;
5. gli Infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare e relative prove od allenamenti, se comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
6. gli Infortuni conseguenti a terremoti, inondazioni, maremoti, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
7. gli Infortuni sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, salvo per quelli avvenuti a seguito di uso terapeutico nonché in conseguenza di proprie azioni delittuose;
8. gli Infortuni conseguenti a forme di etilismo acuto o cronico;
9. l'eliminazione o la correzione di difetti fisici e malformazioni;
10. disturbi mentali classificati nel manuale diagnostico e statistico DSM-IV-TR MG (quali ad esempio: umore depresso, ansia, sintomi fisici non giustificati, disturbi cognitivi che non siano la conseguenza diretta ed esclusiva di eventi traumatici, disturbi del sonno, disfunzioni sessuali, modificazioni patologiche del peso o anomalie della condotta alimentare, sintomi psicotici, sintomi maniacali, sintomi del controllo degli impulsi, sintomi dissociativi, tic motori o vocali, disturbi o disfunzioni di personalità);
11. le prestazioni effettuate a seguito di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
12. l'aborto volontario non terapeutico, nonché le cure, gli accertamenti diagnostici e gli interventi chirurgici per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
13. le prestazioni aventi finalità estetiche nonché per quelle dietologiche e fitoterapiche, le paradontopatie, le cure e le protesi dentarie;
14. le conseguenze dirette della trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale da particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni conseguenti a terapie mediche necessarie per la cura dell'Assicurato;
15. le cure per accertamenti diagnostici e gli interventi chirurgici determinati da HIV e da AIDS;
16. le conseguenze di malattie Malattia pregressa ovvero stati patologici che abbiano dato origine a cure, o esami, o diagnosi anteriori alla stipulazione della Polizza.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO – RIMBORSO SPESE PRE E POST RICOVERO

Art. 46 – Copertura 5 – Grande intervento chirurgico - Rimborso spese pre e post Ricovero

L'Impresa, avvalendosi della Struttura Organizzativa di Europ Assistance per l'erogazione delle prestazioni e la gestione dei sinistri, in caso di Malattia o Infortunio e fino alla concorrenza del Massimale prescelto ai sensi dell'Art. 22 ed indicato nel Modulo di polizza indennizza e/o rimborsa all'Assicurato, per evento e per Anno assicurativo, le spese sostenute durante il Ricovero in Istituto di cura a seguito di un Intervento chirurgico rientrante nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici - Allegato 2 alla presente Polizza -, per:

a) Spese di Intervento Chirurgico:

onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, diritti di sala operatoria e materiale di intervento comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento.

b) Spese sanitarie:

retta di degenza, retta per l'accompagnatore, prestazioni mediche ed infermieristiche, consulenze medico – specialistiche, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici, durante il ricovero.

c) Spese pre e post Ricovero,

fino al limite indicato nel modulo di polizza, **per persona assicurata e per anno assicurativo, le spese sostenute nei 90 (novanta) giorni prima e nei 90 (novanta) giorni successivi al ricovero purché relative agli eventi indennizzabili ai termini di Polizza, per:**

- accertamenti diagnostici;
- visite specialistiche;
- spese riabilitative;
- tutori e/o protesi;
- spese per terapie oncologiche qualora all'Assicurato in corso di contratto venga diagnosticata ed accertata per la prima volta nella sua vita una Malattia oncologica.

Fermo quanto previsto all'Art. 48 per i casi in cui l'Assicurato si avvalga di una Struttura non convenzionata la garanzia Spese pre e post Ricovero è operante con l'applicazione di uno Scoperto del 10% e con il minimo di € 50,00 per evento.

Art. 47 – Esclusioni

Sono esclusi i rimborsi, gli Indennizzi e le prestazioni conseguenti a:

- 1) Infortuni, Malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del Contratto di assicurazione sottaciuti all'Impresa ed ad Europ Assistance con dolo o colpa grave;
- 2) stati patologici correlati alla infezione da HIV e da AIDS;
- 3) disturbi mentali classificati nel manuale diagnostico e statistico DSM-IV-TR MG (quali ad esempio: umore depresso, ansia, sintomi fisici non giustificati,

disturbi cognitivi che non siano la conseguenza diretta ed esclusiva di eventi traumatici, disturbi del sonno, disfunzioni sessuali, modificazioni patologiche del peso o anomalie della condotta alimentare, sintomi psicotici, sintomi maniacali, sintomi del controllo degli impulsi, sintomi dissociativi, tic motori o vocali, disturbi o disfunzioni di personalità);

- 4) Infortuni e Malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- 5) aborto volontario non terapeutico;
- 6) Infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
- 7) Infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;
- 8) cure dentarie, protesi dentarie e le parodontiopatie non conseguenti ad infortunio;
- 9) applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia);
- 10) guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- 11) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 12) acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- 13) soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come istituti di cura). Sono inoltre esclusi i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati in ambulatorio;
- 14) infortuni derivanti o imputabili ad attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;
- 15) partecipazioni dell'Assicurato a delitti dolosi;
- 16) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare.

Art. 48 - Denuncia del Sinistro – Modalità di pagamento – Obblighi dell'Assicurato

Le spese coperte dalla Polizza vengono rimborsate, nel limite dei massimali annui per persona Assicurata, prescelti ai sensi dell'Art. 22 ed indicati nel Modulo di polizza con le modalità, i limiti ed i criteri qui di seguito elencati per ogni Sinistro.

- **Pagamento Diretto per prestazioni mediche effettuate presso Strutture Sanitarie Convenzionate con Europ Assistance.**

Qualora l'Assicurato si avvalga di una **Struttura Sanitaria Convenzionata con Europ Assistance, il Massimale per Anno assicurativo sarà quello prescelto ai sensi dell'Art. 22 ed indicati nel Modulo di polizza senza applicazione di alcuno Scoperto.**

Per usufruire delle prestazioni mediche di una Struttura Sanitaria Convenzionata, l'Assicurato deve:

- * Contattare preventivamente la Struttura Organizzativa tramite il seguente numero telefonico:

02. 58 24 56 13

- comunicando con estrema precisione:
 - nome e cognome dell'Assicurato che necessita di Ricovero o Intervento chirurgico;
 - indirizzo del luogo in cui trova e recapito telefonico;
 - numero di Polizza preceduto dal codice identificativo **UBGI**.

Unitamente ai sopracitati dati è indispensabile che l'Assicurato invii alla Struttura Organizzativa (a mezzo telefax al N. 02. 58 38 45 78), la prescrizione medica attestante la necessità del Ricovero o dell'Intervento chirurgico. La preventiva attivazione della Struttura Organizzativa, l'invio della prescrizione medica e la successiva conferma dell'avvenuta prenotazione presso le Strutture Sanitarie convenzionate, sono condizioni essenziali per l'operatività del pagamento diretto.

All'atto del Ricovero presso la Struttura Sanitaria Convenzionata l'Assicurato dovrà sottoscrivere la "Lettera di impegno" trasmessa da Europ Assistance all'Ente Convenzionato.

A Ricovero concluso, la Struttura Sanitaria Convenzionata trasmetterà direttamente ad Europ Assistance gli originali delle **fatture intestate all'Assicurato** e la documentazione clinica.

Europ Assistance pagherà direttamente, senza applicazione di alcuno Scoperto, le spese sostenute per le prestazioni mediche ricevute che sono coperte a termine di Polizza. L'Assicurato dovrà provvedere direttamente al pagamento delle spese o delle eccedenze di spese sostenute per le prestazioni ricevute, che non sono coperte a termini di Polizza.

L'Assicurato si impegna a restituire ad Europ Assistance gli importi dalla stessa liquidati per prestazioni che, dall'esame della Cartella clinica o da altra documentazione medica, risultino non indennizzabili.

- Pagamento indiretto per prestazioni mediche effettuate presso Strutture Sanitarie non Convenzionate con Europ Assistance.
Qualora l'Assicurato si avvalga di una **Struttura Sanitaria non Convenzionata con Europ Assistance, il Massimale per Anno assicurativo sarà quello indicato sul Modulo di polizza mentre ciascun sinistro sarà indennizzato con applicazione di uno Scoperto del 25%, con un minimo di € 1.000,00 ed un massimo di € 10.000,00.**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute l'Assicurato deve:

- * denunciare il Sinistro alla Struttura Organizzativa entro trenta 30 (trenta) giorni dall'avvenuto ricovero rientrante nella copertura prevista all'Art. 46, con certificato medico da cui risulti la diagnosi circostanziata;

- * provvedere ad inviare ad Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento 8 – 20135 MILANO – Ufficio Liquidazione Sinistri Grandi Interventi - la copia del Modulo di polizza e la copia autentica e completa della Cartella clinica;
- * consegnare ad Europ Assistance gli originali di parcella, notule, distinte, ricevute e fatture, sulle quali siano indicati nome, cognome e domicilio dell'Assicurato che si è sottoposto alle cure e che risultino pagate e quietanzate;
- * acconsentire ad eventuali controlli medici disposti da Europ Assistance e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato. Al ricevimento di tutta la documentazione di cui sopra, Europ Assistance provvederà al pagamento di quanto spettante, secondo i massimali prescelti ai sensi dell'art. 22 ed indicati nel Modulo di polizza e i limiti riportati all'Art. 47.

Per la garanzia Rimborso Spese di cura a seguito di Grande Intervento Chirurgico: qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, Europ Assistance effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente Contratto di assicurazione dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA

Art. 49 - Ricerca e prenotazione centri ospedalieri per Grande Intervento Chirurgico

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia e/o Infortunio, debba sottoporsi ad un Grande Intervento chirurgico potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, provvederà ad individuare e prenotare - tenuto conto delle disponibilità esistenti - un Centro Ospedaliero attrezzato per l'intervento in Italia o all'estero.

Art. 50 - Ricerca e prenotazione visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi ematochimiche in Italia riferibili ad un Grande Intervento Chirurgico

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia e/o Infortunio, debba sottoporsi a una visita specialistica e/o ad un accertamento diagnostico e/o ad analisi ematochimiche, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, sentito il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, la visita specialistica e/o l'accertamento diagnostico e/o il centro di analisi ematochimiche, in accordo con l'Assicurato.

COME CONTATTARE EUROP ASSISTANCE

In caso di necessità, dovunque ci si trovi, in qualsiasi momento, la Struttura Organizzativa di Europ Assistance è in funzione 24 ore su 24.

IMPORTANTE:

Non prendere alcuna iniziativa senza avere prima interpellato telefonicamente la Struttura Organizzativa al numero:

dall'Italia **800.046.475**

dall'Italia o dall'estero: **02. 58 24 56 13**

Si dovranno comunicare subito all'operatore le seguenti informazioni:

- tipo di intervento richiesto;
- nome e cognome;
- numero di Polizza preceduto dal codice identificativo dell'Impresa: **UBGI**
- recapito telefonico.

Fax 02. 58 38 45 78

Telegramma - Europ Assistance Italia S.p.A. -

Piazza Trento, 8 - 20135 Milano.

Per informazioni sulla Polizza è possibile contattare dall'Italia il Numero Verde 800-013529 dal lunedì al venerdì esclusi i festivi, dalle ore 9.00 alle ore 17.00.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

Le garanzie di Assistenza previste in Polizza sono prestate dalla Struttura Organizzativa di Europ Assistance S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano – chiamando dall'Italia il numero 800.046.475 o dall'Italia e dall'estero il numero 02. 58 24 56 13 attivo 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno, sono assicurate le prestazioni di seguito riportate.

Art. 51 - Copertura 6 – Assistenza

E' Assicurato:

- per la versione singolo Assicurato, la persona fisica il cui interesse è protetto dall'Assicurazione ovvero
- per la versione 2 o più assicurati l'intero Nucleo familiare.

Art. 52 - Oggetto delle prestazioni ed operatività

Le prestazioni di assistenza, elencate all'Art. 54, sono fornite fino a **3 (tre) volte per ciascun tipo durante ciascun Anno assicurativo.**

Art. 53 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo fatta eccezione di quanto specificato all'interno di ogni singola Prestazione.

ASSISTENZA SANITARIA

Art. 54 – Prestazioni

A) Consulenza medica

Qualora l'Assicurato in caso di Malattia e/o Infortunio necessitasse di valutare il proprio stato di salute, potrà contattare i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico.

B) Consulenza cardiologica

Qualora l'Assicurato in caso di Malattia e/o Infortunio necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare direttamente o attraverso il proprio medico curante i medici cardiologi della Struttura Organizzativa.

L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

C) Consulenza ortopedica

Qualora l'Assicurato in caso di Malattia e/o Infortunio necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare direttamente o attraverso il proprio medico curante i medici ortopedici della Struttura Organizzativa. L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

D) Consulenza neurologica

Qualora l'Assicurato, in caso di Malattia e/o Infortunio necessitasse di un collegamento telefonico urgente e non riuscisse a reperire il proprio neurologo, verrà fornita consulenza neurologica tramite un collegamento telefonico diretto effettuato dal medico neurologo della Struttura Organizzativa con l'Assicurato.

E) Consulenza pediatrica

Qualora l'Assicurato in caso di Malattia e/o Infortunio del proprio bambino non riesca a reperire il proprio pediatra e necessiti di un collegamento telefonico urgente, potrà contattare direttamente i medici della Struttura Organizzativa. L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta ed il recapito telefonico.

F) Invio di un medico a domicilio in Italia

Qualora, successivamente ad una consulenza medica, emergesse la necessità che l'Assicurato debba sottoporsi ad una visita medica, la Struttura Organizzativa provvederà, con spese a carico di Europ Assistance, ad inviare al suo domicilio uno dei medici convenzionati con Europ Assistance.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.

La Prestazione è fornita dalle ore 20.00 alle ore 8.00 da lunedì a venerdì e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

G) Invio di una autoambulanza in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia e/o Infortunio e successivamente ad una consulenza medica, necessitasse di un trasporto in autoambulanza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasferimento dell'Assicurato al centro medico più vicino.

Massimale:

Europ Assistance terrà a proprio carico i costi fino alla concorrenza massima di € 500,00 per Anno assicurativo con il limite di € 250,00 per Sinistro.

H) Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia e/o Infortunio, risulti affetto da una patologia che per caratteristiche obiettive viene ritenuta dai medici della Struttura Organizzativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato **per l'improvvisa carenza dei soli strumenti clinici necessari e idonei alla cura**, ed i medici di cui sopra, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il trasferimento dell'Assicurato in un centro ospedaliero adeguato alla cura della patologia da cui è affetto, la Struttura Organizzativa provvederà:

- ad individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il Centro Ospedaliero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto sarà interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della Struttura Organizzativa la ritenessero necessaria.

Europ Assistance terrà a proprio carico i relativi costi.

La Prestazione viene fornita, giusta certificazione del Direttore Sanitario della struttura interessata:

- dalle ore **24.00** del giorno di decorrenza della garanzia per trasferimenti resi necessari da Infortunio.

Sono escluse dalla Prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, possono essere curate nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato;
- le infermità o le lesioni che non sono curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza per deficienze strutturali e/o organizzative dell'Organizzazione Ospedaliera;
- tutti i casi in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie.

I) Rientro dal centro ospedaliero in Italia

Qualora l'Assicurato, successivamente alla Prestazione "Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia", venisse dimesso dopo la degenza e necessitasse di rientrare al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad

organizzare il rientro dell'Assicurato con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti, riterranno più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

Tale mezzo potrà essere:

- il treno in prima classe e occorrendo il vagone letto;
- l'autoambulanza, (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto verrà organizzato interamente dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della Struttura Organizzativa la ritenessero necessaria.

L) Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al Ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa invierà direttamente un'autoambulanza, tenendo Europ Assistance a proprio carico, i relativi costi fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 100 (cento) km di percorso complessivo (andata/ritorno).

M) Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di essere trasportato dall'Istituto di cura presso il quale è stato ricoverato al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente un'autoambulanza oppure un taxi per permettere all'Assicurato, e ad un eventuale accompagnatore, di rientrare al proprio domicilio.

Europ Assistance terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 50,00 per Sinistro.

N) Consegna esiti a domicilio

La Prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia improvvisa e/o Infortunio certificato dal proprio medico curante, si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'Assicurato o al medico da lui indicato.

L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il recapito telefonico.

Il costo degli accertamenti è a carico dell'Assicurato.

O) Consegna medicinali urgenti a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di prescrizione medica, abbia bisogno di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvede alla consegna di quanto prescritto dal medico curante.

Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari è a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.

P) Consegna spesa a domicilio

Qualora l'Assicurato, in seguito a Ricovero in Istituto di cura superiore a 5 (cinque) giorni per Malattia/Infortunio, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi 15 (quindici) giorni di Convalescenza post-Ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Europ Assistance a proprio carico il compenso di 2 (due) ore ad intervento e per un massimo di 3 (tre) invii per ogni periodo post-Ricovero.

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

Q) Prelievo sangue a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio e/o Malattia improvvisa, necessitasse di effettuare un prelievo di sangue, la Struttura Organizzativa invierà al domicilio dell'Assicurato un medico per effettuare il prelievo, tenuto conto delle disponibilità del laboratorio di analisi di zona e della non deteriorabilità del sangue prelevato.

Restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami.

Obbligo specifico dell'Assicurato

L'Assicurato deve comunicare il nome del suo medico curante e il suo recapito telefonico.

R) Invio di un baby-sitter in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito d'Infortunio o Malattia improvvisa, ricoverato o dimesso non sia in grado di occuparsi dei propri figli minori di età inferiore ai 15 (quindici) anni, la Struttura Organizzativa invierà un baby-sitter presso il domicilio dell'Assicurato in Italia tenendo a proprio carico i relativi costi fino ad un ammontare massimo di € 250,00 per Sinistro e per Anno assicurativo.

MEDICAL ADVICE PROGRAM

La Prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Art. 55 - MAP - Medical Advice Program

Il Medical Advice Program è la prestazione che consente di usufruire di consulenze generiche e specialistiche, nonché di ottenere una valutazione clinico-diagnostica, in un ampio spettro di patologie, su casi che comportano un dubbio diagnostico e/o terapeutico.

La Prestazione viene erogata utilizzando una rete di Medici Specialisti e Centri Clinici di primaria importanza internazionale.

La Prestazione presuppone una prima impostazione clinica fatta dal medico curante e la necessità di ottenere un parere da parte di specialisti italiani ed internazionali della materia.

La Prestazione è erogata da Service tramite la Centrale di Telemedicina, utilizzando un sistema telematico di comunicazione dei dati clinico-diagnostici, preventivamente inviati dall'Assicurato, che si collega con il Centro Medico di Riferimento. Per i casi clinici più complessi il servizio può contare sull'impiego di un sistema di videoconferenza, operativo solo in Italia, che consente il consulto, in tempo reale, tra gli specialisti italiani ed internazionali e, con l'eventuale ausilio dell'equipe medica della Centrale di Telemedicina, i medici curanti dell'Assicurato. In alcuni casi, su richiesta specifica dei Centri Medici di Riferimento, è prevista una visita specialistica presso i Centri stessi ed il pagamento delle spese di trasferimento e alloggio del paziente.

Art. 56 - Erogazione della prestazione

Qualora l'Assicurato abbia un'alterazione dello stato di salute, per la quale è già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico, e desidera richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, verrà, attraverso gli operatori della Struttura Organizzativa di Europ Assistance, messo in contatto con la Centrale di Telemedicina che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centro Medico di riferimento.

Art. 57 - Obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa di Europ Assistance che lo metterà in contatto con la Centrale di Telemedicina, cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere da parte degli specialisti del Centro Medico di Riferimento.

Art. 58 - Consulenza Medica di Secondo Livello

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

Art. 59 - Attivazione della rete Nazionale di "Centri di eccellenza"

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico, ed all'elaborazione dei quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti dei "Centri di eccellenza". Tutti i dati clinici, saranno trasmessi attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri ai Centri Medici di riferimento. Il Centro Medico di riferimento eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei medici specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso.

I costi della visita specialistica saranno a carico di Europ Assistance così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di € 300,00.

I medici specialisti dei “Centri di eccellenza” formuleranno rapidamente la propria risposta scritta, che verrà inviata alla Centrale di Telemedicina che, a sua volta, la trasmetterà all’Assicurato, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla. Europ Assistance terrà a proprio carico tutti i costi

Art. 60 - Attivazione del secondo parere Internazionale

Qualora su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o di quelli dei “Centri di eccellenza” nazionale, si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici di Europ Assistance al fine di erogare il servizio di secondo parere internazionale. Tale servizio prevederà la raccolta della documentazione dell’Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico al Centro Internazionale individuato e la predisposizione di un secondo parere scritto da parte di tale struttura.

Art. 61 - Esclusioni

Sono esclusi i rimborsi, gli Indennizzi e le prestazioni conseguenti a:

- **Infortuni, Malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del Contratto di assicurazione sottaciuti all’Impresa ed ad Europ Assistance con dolo o colpa grave;**
- **partecipazioni dell’Assicurato a delitti dolosi;**
- **stati patologici correlati alla infezione da HIV e da AIDS ;**
- **disturbi mentali classificati nel manuale diagnostico e statistico DSM-IV-TR MG (quali ad esempio: umore depresso, ansia, sintomi fisici non giustificati, disturbi cognitivi che non siano la conseguenza diretta ed esclusiva di eventi traumatici, disturbi del sonno, disfunzioni sessuali, modificazioni patologiche del peso o anomalie della condotta alimentare, sintomi psicotici, sintomi maniacali, sintomi del controllo degli impulsi, sintomi dissociativi, tic motori o vocali, disturbi o disfunzioni di personalità);**
- **Infortuni e malattie conseguenti all’abuso di alcolici, all’uso di allucinogeni e all’uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;**
- **aborto volontario non terapeutico;**
- **Infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall’Assicurato; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell’Assicurato stesso;**
- **Infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;**
- **cure dentarie, protesi dentarie e le parodontiopatie non conseguenti ad infortunio;**
- **applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da Infortunio o Malattia);**
- **conseguenze di guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;**
- **guerre internazionali o civili e insurrezioni se occorsi oltre il periodo massimo di 14 giorni dall’inizio di tali eventi qualora l’Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all’estero o in un paese sino ad allora in pace;**

- conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per Malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come istituti di cure);
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione non è erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di velivoli od elicotteri non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la perdita di autosufficienza causata da incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- infortuni derivanti o imputabili ad attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;
- partecipazioni dell'Assicurato a delitti dolosi;
- tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole prestazioni.

Art. 62 – Obblighi specifici dell'Assicurato in caso di Sinistro

In caso di Sinistro coperto dall'Assicurazione Assistenza, l'Assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Struttura Organizzativa. L'inadempimento di tale obbligo comporta la decadenza al diritto alle prestazioni di Assistenza, valendo quale omissione dolosa.

Art. 63 – Segreto Professionale

L'Assicurato libera dal segreto professionale nei confronti di Europ Assistance i medici eventualmente investiti dall'esame del Sinistro che lo hanno visitato prima o anche dopo il Sinistro stesso.

COME RICHIEDERE ASSISTENZA

In caso di necessità la Struttura Organizzativa di Europ Assistance è in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno **chiamando**

Dall'Italia 800.046.475

Dall'Italia e dall'estero 02. 58 24 56 13

Importante: non prendere alcuna iniziativa senza avere prima interpellato telefonicamente la Struttura Organizzativa.

Si dovranno comunicare subito all'operatore le seguenti informazioni:

- Tipo di intervento richiesto;
- Nome e cognome;
- Numero di Polizza preceduto dal codice identificativo dell'Impresa: **UBAS**
- Indirizzo del luogo in cui ci si trova;
- Recapito telefonico.

Qualora fosse nell'impossibilità di contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, potrà inviare: un fax al numero 02. 58 38 42 34 oppure un telegramma a EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 MILANO

Europ Assistance per poter erogare le prestazioni/garanzie previste nella Polizza, deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato e a tal fine necessita ai sensi del D. Lgs. 196/03 (Codice Privacy) del Suo consenso. Pertanto l'Assicurato contattando o facendo contattare Europ Assistance, fornisce liberamente il proprio consenso al trattamento dei Suoi dati personali comuni e sensibili.

Per informazioni sulla Polizza è possibile contattare dall'Italia il Numero Verde 800-013529 dal lunedì al sabato esclusi i festivi, dalle ore 8.00 alle ore 20.00.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE PACKAGE BAMBINI

Art. 64 - Copertura 7 – Package Bambini

Art. 64.1) Soggetti assicurati.

L'Assicurazione viene prestata a favore di persone di età compresa tra 1 (uno) e 18 (diciotto) anni non compiuti, **purché nominativamente indicati nel Modulo di polizza.**

Art. 64.2) - Rischi assicurati.

L'Assicurazione di cui alla presente sezione vale:

- 1. relativamente alle coperture Invalidità permanente da Infortunio e Invalidità permanente da Malattia, solo per gli Infortuni occorsi o le Malattie manifestatesi che determinino il riconoscimento di una Invalidità permanente pari o superiore al 66%;**
- 2. per le coperture Invalidità permanente da Infortunio (copertura 2), Invalidità permanente da Malattia (copertura 3), – Indennità giornaliera per ricovero, convalescenza, gessatura – Rimborso spese mediche (garanzia 4), Grande intervento chirurgico Rimborso spese pre e post ricovero - (copertura 5), le somme assicurate o i massimali presenti nelle singole garanzie, verranno erogati, per la singola persona, fino ad un importo pari al 50% di quanto garantito per l'Assicurato maggiorenne;**
- 3. la copertura Assistenza viene prestata secondo modalità e condizioni previste nella specifica copertura Assistenza sezione - 6.**

Fatta eccezione per le prestazioni di cui alla copertura Assistenza sezione -6, tutto quanto sopra indicato è prestato per le stesse coperture assicurative del presente Contratto di assicurazione scelte dall'Assicurato maggiorenne nominativamente indicato nel Modulo di polizza.

In ogni caso, la copertura morte da Infortunio, non viene mai prestata.

Art. 64.3) – Estensioni di garanzia

L'assicurazione, a prescindere dal grado di IP da Infortunio accertato, copre anche le seguenti spese:

a) Spese e cure odontoiatriche a seguito di Infortunio

L'Impresa provvederà ad indennizzare le cure odontoiatriche e ortodontiche, le protesi dentarie conseguenti ad Infortunio documentato da certificato medico o dentistico, fino alla concorrenza di € 500,00 per Sinistro e Anno assicurativo con Franchigia assoluta di € 50,00 per ciascun Sinistro, per singolo Assicurato.

Nel caso in cui, su espresso parere medico, per l'età giovanile dell'Assicurato, non sia possibile l'applicazione della prima protesi nei primi 3 (tre) anni dal giorno dell'Infortunio, l'Assicurato potrà richiedere che vengano rimborsate le spese riconosciute necessarie.

La presente copertura vale anche per il rimborso delle spese sostenute per la riparazione e/o sostituzione di apparecchi e/o protesi ortodontiche in uso all'Assicurato al momento dell'Infortunio, rotti e/o danneggiati.

Oltre a quanto già indicato all'art. 29 Esclusioni - sono escluse dalla copertura:

- a) tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati o resisi necessari prima della stipula della presente Polizza;
- b) lesioni dentarie da Infortunio subito durante la pratica di sport per i quali è previsto l'utilizzo del paradenti;
- c) prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
- d) interventi su denti da latte.

b) Spese per acquisto apparecchi acustici a seguito di Infortunio

L'Impresa provvederà ad indennizzare le cure all'apparato uditivo, incluse quelle per la rottura di apparecchi acustici in uso all'Assicurato purché conseguenti ad infortunio documentato da certificato medico, fino alla concorrenza di € 500,00 per Sinistro e anno assicurativo con Franchigia assoluta di € 50,00 per ciascun Sinistro, per singolo Assicurato.

Si precisa che le spese per la protesi sono rimborsabili purché essa sia applicata entro tre anni dal giorno dell'Infortunio.

Il rimborso avverrà dietro presentazione dei giustificativi di spesa e dei certificati medici comprovanti la menomazione acustica subita dall'Assicurato.

c) Spese per lezioni scolastiche private a seguito di Infortunio

L'impresa provvederà a rimborsare, **previa presentazione di adeguata documentazione medica e scolastica**, le spese sostenute per lezioni scolastiche private fino alla concorrenza di € 500,00 per Sinistro e anno assicurativo con Franchigia assoluta di € 50,00 per ciascun Sinistro, per singolo bambino assicurato, **sempreché l'Infortunio abbia comportato un periodo di assenza pari o superiore a 10 (dieci) giorni scolastici consecutivi decorrenti dalla data del Sinistro.**

La copertura è prestata a favore di Assicurati nella loro qualità di "Studenti / Alunni", vale a dire soggetti iscritti negli appositi registri scolastici di:

- scuole statali, provinciali, comunali e comunque pubbliche in genere;

- istituti scolastici privati, parificati, pareggiati e legalmente riconosciuti in conformità con la normativa scolastica emanata dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

La copertura si estende altresì per la frequentazione a:

- Accademie di Belle Arti, Accademia Nazionale di Arte Drammatica, Istituti Superiori per le Industrie Artistiche, Conservatori di Musica, Istituti Musicali Pareggiati, Accademia Nazionale di Danza.

d) Annullamento attività ricreative a seguito di Infortunio

L'Impresa provvederà a rimborsare, previa presentazione di adeguata documentazione attestante ricevute di pagamento debitamente quietanzate dalla struttura organizzativa e/o erogatrice, i costi relativi al periodo corrispondente alla mancata frequentazione di corsi e/o attività sportive (a titolo puramente esemplificativo ma non esaustivo corsi di musica, di lingue straniere, di danza, di attività teatrali e artistiche, di sport non esclusi dalle Condizioni di Assicurazione) **fino alla concorrenza di € 500,00 per Sinistro e anno assicurativo con Franchigia assoluta di € 50,00 per ciascun Sinistro, per singolo Assicurato, sempreché l'Infortunio abbia comportato un periodo di assenza pari o superiore a 15 (quindici) giorni di calendario decorrenti dalla data del Sinistro.**

Sempre nei limiti di cui sopra, la copertura si estende altresì nel caso in cui l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di partire per viaggi e/o scambi culturali in Italia o all'estero organizzati dalla struttura organizzativa.

In ogni caso, il rimborso sarà erogato solo a condizione che non sia possibile recuperare, parzialmente o totalmente, la somma versata dall'Assicurato.

Art. 64.4) - Cessazione della garanzia Package bambini

Quando l'Assicurato compie 18 (diciotto) anni e, più precisamente, in occasione della prima scadenza annua successiva a tale evento, la presente sezione assicurativa, perde di validità, con conseguente esclusione del soggetto dagli Assicurati e automatica e relativa riduzione del Premio di Polizza.

Al verificarsi di quanto sopra, il Contraente può richiederne nuovamente l'inclusione, con sostituzione del presente Contratto di assicurazione ovvero optare per un nuovo Contratto di assicurazione offerto dall'Impresa.

Art. 64.5) - Estensione Package bambini

All'interno del presente Package, **limitatamente alle sole garanzie Invalidità permanente da Infortunio** che determini il riconoscimento di una Invalidità Permanente pari o superiore al 66% **e delle coperture previste dall'art. 64.3**, la garanzia viene estesa al/ai bambino/i - non facenti parte il nucleo familiare - di età compresa tra 1 (uno) e 17 (diciassette) anni compiuti, al verificarsi di un **Infortunio occorso all'interno dei locali adibiti a dimora abituale dell'Assicurato o nelle pertinenze del fabbricato costituente l'abitazione principale del Nucleo familiare, mentre interagisce con il bambino Assicurato con il presente package.**

Nel caso di Infortunio nel quale rimangano infortunate più persone, il massimo esborso a carico dell'Impresa non potrà superare la somma complessiva di € 500.000,00, essendo inteso che in tal caso le somme assicurate per ciascuna persona si intenderanno ridotte in proporzione, fermo sempre l'esborso massimo suindicato.

Art. 64.6) - Clausola di secondo rischio per la Garanzia Rimborso spese

Qualora, per le coperture previste al precedente Art. 64.3 lettere a), b), c) e d), l'Assicurato beneficiasse di altre coperture assicurative, anche tramite associazioni o enti quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, società sportive, scuole, agenzie di viaggi, tour operator ecc, si conviene che le suddette prestazioni opereranno "a secondo rischio", vale a dire dopo l'esaurimento delle prestazioni previste dalle altre polizze rispetto alla presente.

ALLEGATI

ALLEGATO 1. TABELLA DI DETERMINAZIONE

Tabella di legge per i casi di Invalidità Permanente
(allegato 1 al DPR 30/06/1965 nr. 1124 in vigore al 31/12/1999)

Lesione	Indennità	
	a destra	a sinistra
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi	40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (si veda tabella INAIL specifica)	---	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrispondono indennità	---	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio: a) per disarticolazione scapolo omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	

Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchoriosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchoriosi sia totale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchoriosi completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchoriosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
Anchoriosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchoriosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	
Perdita totale della voce	35%	

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

ALLEGATO 2.

SI CONSIDERANO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI I SEGUENTI INTERVENTI:

ANALGESIA

Blocco dell'ipofisi

CHIRURGIA GENERALE

Collo

Trattamento ferite profonde del collo

Asportazione delle ghiandole salivari, per neoplasie

Linfectomia cervicale bilaterale

Linfectomia cervicale mono laterale

Interventi sulla tiroide:

a. tiroidectomie parziali per neoplasia maligna

b. tiroidectomia totale per neoplasia maligna

c. tiroidectomia allargata per neoplasia maligna

Gozzo retrosternale

Gozzo retrosternale con mediastinotomia

Interventi sulle paratiroidi

Faringotomia ed esofagotomia

Interventi per diverticolo dell'esofago

Resezione dell'esofago cervicale

Addome (parete addominale)

Laparotomia per drenaggio di peritoniti

Intervento per ernia inguinale o crurale complicata o recidiva

Ernia ombelicale o epigastrica complicata o recidiva

Intervento per ernie diaframmatiche

Intervento iatale con funduplicatio

Peritoneo

Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

Esofago

Interventi sull'esofago

Resezioni parziali o totali sull'esofago

Stomaco, duodeno

Gastrostomia

Gastro enterostomia

Resezione gastrica

Gastroectomia totale

Resezione gastro – duodenale per ulcera peptica post-opertoria

Intervento per fistola gastro-digiunocolica

Sutura di perforazioni gastriche e intestinali

Intestino

Emicolectomia
Enterostomia, ano artificiale e chiusura
Enteroanastomosi
Resezione del tenue
Resezione ileo-cecale
Colectomia totale
Colectomie parziali
Appendicectomia con peritonite diffusa

Retto - Ano

Interventi per ascesso del cavo ischio-rettale
Interventi per neoplasie per retto - ano
Operazione per megacolon
Proctocolectomia totale

Fegato

Drenaggio di ascesso epatico
Interventi per echinococchi
Resezioni epatiche
Derivazioni biliodigestive
Interventi sulla papilla di Water
Reinterventi sulle vie biliari
Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antitumorale
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Epatotomia
Coledocotomia
Papillotomia per via transduodenale per neoplasie
Deconnessione azigos-portale per via addominale

Pancreas - Milza

Interventi per pancreatite acuta
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
Interventi per pancreatite cronica
Interventi per neoplasie pancreatiche
Splenectomia

Torace - parete toracica

Interventi per tumori maligni della mammella
Toracotomia esplorativa
Resezione costali
Correzioni di malformazioni parietali

Interventi sul mediastino

Interventi per ascessi
Interventi per tumori

Interventi su polmone - bronchi - trachea

Interventi per ferite del polmone

Interventi per ascessi
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per echinococco
Resezioni segmentarie e lobectomia
Pneumectomia
Pleuropneumectomia
Tumori della trachea
Resezione bronchiale con reimpianto
Timectomia

CARDIOCHIRURGIA E CHIRURGIA TORACICA

Tutti gli interventi :

- a. a cuore chiuso, (con l'esclusione delle coronarografie e delle angioplastiche, se non associate a posizionamento di stent o altri dispositivi endovascolari)
- b. a cuore aperto

Tutti gli interventi neonatali a cuore aperto con ipotermia profonda e arresto circolatorio

Impianto pace-maker endocavitario ed eventuale riposizionamento
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso
Fistole arterovenose polmonari
Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale
Trapianto cardiaco
Impianti di by-pass aorto-coronarico

NEUROCHIRURGIA

Trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare
Registrazione della pressione intracranica
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
Intervento per encefalomeningocele
Intervento per craniostenosi
Asportazione tumori ossei cranici
Interventi per traumi cranio cerebrali
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale
Trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e sub-durale
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici
Anastomosi endocranica dei nervi cranici
Trattamento percutaneo della nevralgia del trigemino e di altri nervi cranici
Intervento sulla ipofisi
Asportazione tumori dell'orbita
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, etc.)
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)

Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche

Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica

Intervento per epilessia focale e callosotomia

Emisferectomia

Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore

Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi

Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari

Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore

Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto

Anastomosi dei vasi extra-intracranici

Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo

Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario

Laminectomia decompressiva

Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari

Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)

Interventi per traumi vertebro-midollari, con lesione dei corpi vertebrali e/o delle strutture midollari

Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica

Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore

Somatotomia vertebrale

Interventi per ernia del disco dorsale, dovute ad infortunio

Asportazione di ernia del disco lombare, dovute ad infortunio

Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)

Cordotomia e mielotomia percutanea

Applicazione di elettrodi o cateteri endorachidei per trattamento del dolore o altro

Stabilizzazione elettrodi o cateteri endorachidei e applicazione stimolatori o reservoir a permanenza

Nervi periferici

Asportazione tumori dei nervi periferici

Anastomosi extracranica di nervi cranici

Interventi sui nervi periferici per neurorrafie, neurotomie, nevrectomie, decompressive

Interventi sul plesso brachiale

Interventi sul sistema nervoso simpatico

Simpaticectomia cervico-toracica e lombare

CHIRURGIA VASCOLARE

Sutura arterie periferiche

Interventi per aneurismi arteriosi, omerale, poplitea, femorale

Interventi per aneurismi arterovenosi

Legatura arterie
Sutura dei grossi vasi
Embolectomia e trombectomia arteriosa
Interventi per stenosi ed ostruzione arteriose
Disostruzione e by-pass arterioso periferiche
Trombectomia venosa periferica
a. iliaca
b. cava
Legatura vena cava inferiore
Resezione arteriosa con plastica vasale
Interventi per innesti di vasi
Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale
Anastomosi mesenterica-cava
Anastomosi porta-cava e splenorenale
Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti

CHIRURGIA PLASTICA (RICOSTRUTTIVA)

Generalità

Trasferimento di lembo libero microvascolare

Cranio-faccia e collo

Gravi e vaste mutilazioni del viso
Riduzione fattura orbitaria
Cranioplastica
Colobome
Rare deformità cranio facciali
Labioschisi bilaterale
Labioalveoloschisi bilaterale
Palatoschisi totale
Interventi di push-bach e faringoplastica
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi
Intervento per anchilosi temporo mandibolare
Ricostruzione della emimandibola
Progenismo, laterognazia, progmatismo (per ogni tempo operatorio)
Plastica per paralisi del nervo facciale: (per ogni tempo operatorio) Statica -
dinamica

Torace ed addome

Ricostruzione mammaria post-mastectomia radicale (protesi escluse)
Plastica per ipospadia ed epispodia
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)
Ricostruzione vaginale
Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)

Arti

Malformazioni complesse delle mani (per tempo operatorio)
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)

Ricostruzione del pollice
Reimpianto microchirurgico del dito
Neuroraffia

CHIRURGIA PEDIATRICA

Operazioni pediatriche tipiche

Cranio bifido con meningocele
Cranio bifido con meningoencefalocele
Craniostenosi
Idrocefalo ipersecretivo
Fistola auris congenita
Linfangioma cistico del collo
Neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica
Osteotomia derotativa per paralisi ostetrica
Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
Atresia dell'esofago
Fistola congenita dell'esofago
Torace ad imbuto e torace carenato
Ipertensione portale nel bambino (applicazione di sonda) Trattamento chirurgico
Stenosi congenita del piloro
Occlusione intestinale del neonato:
a. malrotazione bande congenite, volvolo
b. atresie necessità di anastomosi
c. ileo meconiale:
 ileostomia semplice
 resezione secondo Mickulicz
 resezione con anastomosi primitiva
Atresia dell'ano semplice:
a. abbassamento addomino perineale
b. operazione perineale
Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare:
abbassamento addomino perineale
Prolasso del retto:
a. cerchiaggio anale
b. operazione addominale
Stenosi congenita dell'ano:
a. plastica dell'ano
Teratoma sacrococcigeo
Megauretere:
a. resezione con reimpianto
b. resezione con sostituzione di ansa intestinale
Nefrectomia per tumore di Willms
Spina bifida:
a. meningocele
b. mielomeningocele

Megacolon:

- a. colostomia
 - b. resezione anteriore
 - c. operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Esonfalo

Fistole e cisti dell'ombelico:

- a. dell'uraco
- b. del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Riduzione cruenta di fratture-lussazioni della colonna vertebrale

Resezioni ossee

Amputazioni:

- a. medi segmenti
- b. grandi segmenti

Pseudoartrosi:

- a. grandi segmenti

Trattamento delle pseudoartrosi con la tecnica della compressione-distrazione

Costruzione di monconi cinematici

Interventi per costola cervicale

Scapulopessi

Asportazione di tumori ossei

Trapianti ossei o protesi diafisarie

Pseudoartrosi di tibia

Trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni

Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali

Resezioni articolari

Resezione di corpi vertebrali (somatectomia)

Resezioni del sacro

Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari

Laminectomia decompressiva (senza sintesi)

Disarticolazioni: media - grande

Disarticolazione interscapolo toracica

Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec; Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto

Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari

"custommade"

Resezioni del radio distale:

- a. artrodesizzanti
- b. con trapianto articolare perone-pro-radio

Emipelvectomia

Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto

Resezioni del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi speciali (cementate o no, modulari o no)

Resezioni artrodiafisarie del ginocchio:

- a. artrodesizzanti (trapianto o cemento + infibulo femore-tibiale)

b. sostituzioni con protesi modulari o “custom-made”

Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento

Sinovialectomie articolari: medie articolazioni - grandi articolazioni

Artroplastiche con materiale biologico:

a. piccole

b. medie

c. grandi

Plastica per lussazioni recidivanti (ginocchio)

Ricostruzione dei legamenti articolati

Applicazione dei compressori

Artrodesi:

a. medie (piedi, polso, gomito)

b. grandi (spalla, anca, ginocchio)

Artroli: ginocchio - piede

Riduzione cruenta lussazione congenita anca

Osteotomia di bacino (Salter, Chiari, triplice osteotomia)

Intervento di coxolisi

Protesi totale di spalla

Artroprotesi di anca, dovuta a neoplasia o infortunio con frattura o lussazione delle strutture osseo – articolari

Protesi totale di displasia d'anca

Intervento di rimozione di protesi d'anca

Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca, dovuta a neoplasia o infortunio con frattura o lussazione delle strutture osseo – articolari

Artroprotesi di ginocchio dovuta a neoplasia o infortunio con frattura o lussazione delle strutture osseo – articolari

Artroprotesi di gomito dovuta a neoplasia o infortunio con frattura o lussazione delle strutture osseo – articolari

Endoprotesi di Thompson dovuta a neoplasia o infortunio con frattura o lussazione delle strutture osseo – articolari

Protesi cefalica di spalla dovuta a neoplasia o infortunio con frattura o lussazione delle strutture osseo – articolari

Protesi di polso dovuta a neoplasia o infortunio con frattura o lussazione delle strutture osseo – articolari

Emiartroplastica

Vertebrotomia

Intervento di ernia disco intervertebrale, dovuta ad infortunio

Biopsia vertebrale a cielo aperto

Discectomia per via anteriore per ernia cervicale, dovuta ad infortunio

Uncoforaminotomia

Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale

Osteosintesi vertebrale

Pulizia focolai osteitici

Artrodesi per via anteriore

Interventi per via posteriore:

a. senza impianti

b. con impianti

Interventi per via anteriore:

- a. senza impianti
- b. con impianti

Tendini - Muscoli - Aponevrosi

Trapianti tendinei e muscolari

Tenotomia bipolare per torcicollo miogeno congenito

Deformità delle mani e dei piedi (sindattilia, polidattilia e simili)

Impianti flessibili (es. Swanson-Mabauer polso e mano)

Sindesmotomia

Plastiche riparatrici ricostruttive degli arti per lesioni alle superfici flessorie e estensorie

(retrazione cicatriziale. Dupuytren, esiti di flogosi, traumi, etc.) per tempo operatorio

Pollicizzazione del 2° o altro dito (per tempo operativo)

UROLOGIA

Renne

Decapsulazione

Nefropessi

Lombotomia

Lombotomia per biopsia chirurgica

Lombotomia per ascessi pararenali

Nefrectomia semplice

Nefrectomia parziale, per neoplasia maligna

Nefrectomia allargata per tumore

Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia

Resezione renale con clampaggio vascolare

Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)

Nefroureterectomia totale

Nefrostomia o pielostomia

Pielotomia

Pieloureteroplastica (tecniche nuove)

Trapianto renale

Surrene

Surrenalectomia

Uretere

Ureteroplastica

Ureterolisi

Ureterocistoneostomia monolaterale

Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere

Ureterocistoneostomia con prosoizzazione vescicale

Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale

Ureterosimoidostomia uni- o bilaterale

Vescica

Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale

Emitrigonectomia

Ileo bladder

Cistoprostatovescicolectomia con ureterosigmoidostomia

Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale

Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder

Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali

Riparazione di fistola vescico intestinale

Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileourethroanastomosi

Diverticolectomia con U.C.N.

Riparazione fistole vescico vaginali

Cervicocistopessi o colposospensione

Ileo e/o coloncistoplastiche

Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale

Prostata

Linfadenectomia locoregionale di staging per ca. prostatico

Prostatectomia radicale extraponeurotica nerve sparing, per neoplasia maligna

Uretra

Plastiche di ricostruzione per ipospadia

Uretrectomia

Apparato genitale maschile

Amputazione totale del pene

Orchidopessi bilaterale

Orchifuniculectomia per via inguinale

Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecn. microchirurgica)

Riparazione fistole scrotali o inguinali

Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari

Orchiectomia allargata per tumore

OSTETRICIA

Trasfusioni intrauterine

Rivolgimento ed estrazione podalica

Laparotomia per gravidanza extrauterina

GINECOLOGIA

Interventi sull'ovaio e salpingi, per neoplasia maligna: (annessiectomia, asportazione di sactosalpinge, tumori solidi, resezione ovarica)

Colpoisterectomia, con o senza annesiectomia, per neoplasia maligna

Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annesiectomia), per neoplasia maligna

Metroplastica per via laparotomica

Salpingoplastica
Vulvectomy radicale
Laparotomia per controllo evoluzione ca. ovaio (2° look)
Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi o con rivestimento epidermico
Riparazione chirurgica di fistola:
a. ureterale
b. vescico-vaginale
c. retto-vaginale
Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
Vulvectomy allargata con linfadenectomia
Intervento radicale per carcinoma ovarico
Creazione operatoria di vagina artificiale (con utilizzazione del sigma)

OCULISTICA

Trapianto corneale a tutto spessore
Odontocheratoprosi
Orbita:
Operazione di Kroenlein od orbitotomia
Operazioni per Glaucoma:
Trabeculectomia
Idrocicloretrazione
Retina:
Intervento di distacco
Fotocoagulazione laser (panretinica) nella retinopatia anche se in più sedute
Resezione sclerale
Cerchiaggio o piombaggio
Bulbo oculare:
Enucleazione, exenteratio
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile

Varie

Vitrectomia
Episcleroplastica
Trattamento laser per neoformazione iridea

OTORINOLARINGOIATRIA

Orecchio esterno:
Atresia auris congenita: ricostruzione
Exeresi di neoplasia del padiglione, con svuotamento linfoghiandolare

Orecchio medio ed interno:
Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico
Trattamento delle petrositi suppurate

Legatura della vena giugulare previa mastoidomia
Apertura di ascesso cerebrale
Ricostruzione della catena ossiculare
Distruzione del labirinto
Chirurgia della Sindrome di Mènière
Chirurgia del sacco endolinfatico
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
Anastomosi e trapianti nervosi
Sezione del nervo cocleare
Sezione del nervo vestibolare
Neurinoma dell'VIII paio
Asportazione di tumori dell'orecchio medio
Asportazione di tumori del temporale
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa

Naso e seni paranasali

Operazione radicale per sinusite mascellare
Svuotamento etmoide per via transmascellare
Operazione radicale per sinusite frontale
Trattamento chirurgico di mucocele frontoetmoidale
Asportazione di tumori maligni del naso e dei seni
Apertura del seno sfenoidale
Intervento per fibroma duro rinofaringeo
Chirurgia della fossa pterigomascellare

Cavo orale e faringe:

Tumori parafaringei
Tumori maligni di altre sedi (tonsille, etc)
Idem, con svuotamento latero-cervicale
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari.

Ghiandole salivari:

Asportazione ghiandola salivare sottomascellare per via endorale, per neoplasie
Asportazione della parotide, per neoplasie
Parotidectomia totale con preparazione del facciale, per neoplasie

LARINGE - TRACHEA - BRONCHI - ESOFAGO

Laringe:

Cordectomia per via tirotomica
Laringectomia parziale
Laringectomia sopraglottica
Laringectomia totale
Laringectomia ricostruttiva
Laringofaringectomia
Interventi per paralisi degli abduttori

Collo (vedere anche: Chirurgia generale):

Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale

Intervento per laringocele

Asportazione di diverticolo esofageo

Esofagotomia cervicale

Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale maligna

Tiroidectomia totale per patologia tumorale maligna

Svuotamento sottomandibolare unilaterale

Svuotamento sottomandibolare bilaterale

Svuotamento laterocervicale unilaterale

Svuotamento laterocervicale bilaterale

Chiusura di faringostoma

Chiusura di fistola esofagea

Plastiche laringotracheali

Legatura di grossi vasi

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

STOMATOLOGIA

(a scopo ricostruttivo, solo a seguito di infortunio purché l'infortunio sia certificato da pronto soccorso o analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso)

Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)

Innesto di materiale biocompatibile (sito singolo)

Innesto di materiale biocompatibile (sito multiplo)

PROTESI

(a scopo ricostruttivo, solo a seguito di infortunio purché l'infortunio sia certificato da pronto soccorso o analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso)

Protesi fissa

Corona a giacca in ceramica vetrosa e allumina

Corona oro-ceramica fresata

Protesi mobile

Protesi mobile totale per arcata con denti in resina

Protesi mobile totale per arcata con denti in porcellana

Protesi scheletrata in lega preziosa

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Incremento della cresta alveolare mediante materiali alloplastici (per arcata)

Osteoartrotomia (anchilosi ATM)

Frattura del condilo e del coronoide (trattamento chirurgico-ortopedico)

Frattura dei mascellari (esclusa apparecchiatura): terapia chirurgica

Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalp

Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale

Osteosintesi

Terapia chirurgica post-traumatica delle malformazioni maxillo-facciali (progenismo, prognatismo, laterodeviazione mandibolare, morsus apertus, micrognazie, retrusioni inferiori e superiori).

Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, ecc.

Plastiche per paralisi facciali:

a. statica

b. dinamica

c. per tempo operatorio

Push-bach e faringoplastica

ELENCO PROFESSIONI

ALLEGATO 3.

DESCRIZIONE ATTIVITA'	Codice Rischio
Abbattitore di piante	2
Accalappiacani	2
Accordatore	1
Addestratore di cani	2
Addetto alla potatura	2
Addobbatore con uso di impalcature	2
Addobbatore senza uso di impalcature	2
Agente di assicurazioni	1
Agente di borsa/cambio	1
Agente di custodia	2
Agente di informazione	1
Agente immobiliare	1
Agente marittimo	1
Agente pubblicitario	1
Agente settore commercio	1
Agente settore credito	1
Agente settore industria e servizi vari	1
Agente teatrale	1
Agricoltore con uso di macchine	2
Agricoltore senza uso di macchine	2
Agromono - agrimensore	1
Albergatore che svolge tutte le attivita' inerenti	2
Albergatore (escluse attivita' di cucina e facchinaggio)	2
Allevatore di bovini	2
Allevatore di equini	2
Allevatore di suini	2
Allevatore in genere	2
Allibratore	1
Ambasciatore	1
Amministratore di beni	1
Amministratore di beni altrui	1
Amministratore di beni propri	1
Analista di laboratorio	1
Anestesista	1

Annunciatore, presentatore	1
Antennista	2
Antiquario	1
Apicoltore	2
Architetto con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	1
Architetto senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	1
Argentatore	2
Argentiere	2
Armaiolo	2
Armatore	2
Arredatore senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	1
Arrotino	2
Artigiano che non svolge lavori manuali	1
Artigiano che svolge lavori manuali	2
Ascensori - addetto all'installazione, manutenzione, riparazione	2
Ascensori (albergo - addetti agli)	2
Assistente sociale	1
Attacchino	2
Attività attinente all'agricoltore, sivilcoltura,	2
Attore	1
Audioprotesista	1
Autista di autobus	2
Autista di autocarri	2
Autista di autotreni	2
Autista di autovetture	2
Autista di motocarri	2
Autista di taxi	2
Autista di trattori	2
Autorimessa - gestore di (senza riparazioni)	2
Autoriparatore	2
Avvocato	1
Baby sitter	1
Bagnino	2
Bambinaia	1
Barbiere	1
Barcaiolo	2
Barista	1
Becchino, necroforo	2
Benestante senza particolari occupazioni	1
Benzinaio	2

Bibliotecario	1
Bidello	1
Bigliettaio	1
Biologo	1
Boscaiolo	2
Botanico	1
Bottaio	2
Brunitore	2
Bustaio	1
Calcografo	2
Caldaie (addetto alla manutenzione, accensione delle caldaie)	2
Callista	1
Calzolaio	2
Cameriere	2
Camiciario	1
Cantante	1
Cantiniere	1
Cantoniere	2
Capomastro	2
Capostazione	1
Capotreno	2
Cardatore	2
Carpentiere	2
Carrozziere - autoriparatore	2
Casalinga	1
Casaro	2
Cassiere	1
Cavaiolo senza uso di mine	2
Cementista	2
Ceramista	2
Cesellatore	2
Cestaio	2
Chimico in laboratorio di analisi mediche	1
Chirurgo	1
Clero (appartente al)	1
Cocchiere	2
Collaboratrice familiare	1
Commercialista	1
Commerciante accessori per veicoli	1
Commerciante ambulante di generi vari	2

Commerciante apparecchi ottici- fotografici - musici	1
Commerciante articoli di precisione	1
Commerciante articoli sportivi	1
Commerciante che non svolge lavori manuali	1
Commerciante che svolge lavori manuali	2
Commerciante di carburante e gas liquidi (distributore)	2
Commerciante di carni senza macellazione	2
Commerciante elettrodomestici con installazione	2
Commerciante elettrodomestici senza installazione	1
Commerciante fiori-piante	1
Commerciante generi abbigliamento - calzature	1
Commerciante generi alimentari (escluso macellazione/salumiere)	1
Commerciante generi bar-tabacchi	1
Commerciante generi cartoleria-giocattoli-giornali-libri	1
Commerciante generi casalinghi-colori-ferramenta-vernici	1
Commerciante generi merceria-pelletteria	1
Commerciante generi oreficeria-orologeria-gioielleria	1
Commerciante generi profumeria-bigliotteria	1
Commerciante generi salumeria-gastronomia	2
Commerciante materiali da costruzione-sanitari e simili	2
Commerciante mobili-arredamenti con installazione	2
Commerciante mobili-arredamenti senza installazione	1
Commesso in negozio	1
Commesso viaggiatore	2
Conducente di autolettiga	2
Conducente di motoscafo per trasporto persone/cose	2
Console	1
Consulente amministrativo	1
Consulente del lavoro	1
Corniciaio	2
Cravattaio	1
Cromatore	2
Cuoco	2
Custode di fabbricati, stabilimenti, magazzini	2
Decoratore	2
Dentista	1
Dipendente (esclusi militari e forza armata) con lavoro manuale o con macchine	2
Dipendente (esclusi militari e forza armata) senza lavoro manuale o con macchine	1
Dipendente (esclusi militari e forza armata) con accesso a cantieri e uso di macchine	2
Dipendente (esclusi militari e forza armata) senza accesso a cantieri e uso di macchine	1

Direttore didattico	1
Direttore d'orchestra	1
Dirigente con accesso a cantieri, officine, ponteggi	2
Dirigente senza accesso a cantieri, officine, ponteggi	1
Disegnatore	1
Disinfestatore	2
Distillatore di alcoolici	2
Docente	1
Domestico	1
Doratore	2
Ebanista	2
Ecclesiastico	1
Edile	2
Elettrauto - autoriparatore	2
Elettricista	2
Enologo	1
Enotecnico	1
Ergoterapista	2
Esattore	1
Estetista	1
Fabbro	2
Facchino	2
Falegname	2
Farmacista	1
Fattorino	1
Ferroviero (personale tecnico viaggiante)	2
Filatore	2
Fiorista (vendita)	1
Fisico	1
Fisioterapista	2
Floricoltore	2
Fonditore	2
Fornaio	2
Fotoceramista	2
Fotografo anche all'esterno	2
Fotografo in studio	1
Fotoincisore	2
Fotoreporter (esclusa partecipazione diretta a corrispondenza di guerra)	2
Fumista	2
Fuochista	2

Galleria d'arte - esercente	1
Garage - gestore di (senza riparazione)	2
Gelataio	2
Geologo	2
Geometra con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	2
Geometra senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	1
Gessaio	2
Gestore di albergo (titolare-direttore)	1
Gestore di ristorante (titolare-direttore)	1
Giardiniere con potatura o abbattimento di piante ad alto fusto	2
Giardiniere senza potatura o abbattimento di piante ad alto fusto	2
Ginecologo	1
Giocattoli (fabbricante)	2
Gioielliere	1
Giornalaio	1
Giornalista (esclusa partecipazione diretta a corrispondenza di guerra)	1
Giudice	1
Gommista -autoriparatore	2
Gruista	2
Guantaio	1
Guardarobiere	1
Guardia campestre	2
Guardia forestale	2
Guardia giurata	2
Guardia municipale	2
Guardia notturna	2
Guardiacaccia	2
Guardiapesca	2
Guida alpina	2
Guida turistica	1
Hostess di terra	1
Idraulico	2
Imballatore	2
Imbalsamatore di animali	2
Imbianchino	2
Impagliatore	2
Impiegato con accesso a cantieri, officine, ponteggi	1
Impiegato senza accesso a cantieri, officine, ponteggi	1
Imprenditore edile con partecipazione manuale	2
Imprenditore edile senza partecipazione manuale	1

Imprenditore industriale con partecipazione manuale	2
Imprenditore industriale senza partecipazione manuale	1
Imprenditore, titolare di impresa che non svolge lavori manuali	1
Imprenditore, titolare di impresa che svolge lavori manuali	2
Impresa di pulizia - addetto con uso di scale aeree	2
Impresa di pulizia - addetto senza uso di scale aeree	2
Incisore	2
Indossatore	1
Infante	1
Infermiere	1
Ingegnere con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	1
Ingegnere senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	1
Insaccatore di carni	2
Insegnante di equitazione	2
Insegnante di ginnastica	2
Insegnante di sport in genere esclusa equitazione	2
Insegnante scolastico	1
Installatore, conduttore di impianti	2
Intagliatore di legno	2
Intagliatore di pietra	2
Intarsiatore	2
Interprete	1
Intonacatore	2
Investigatore	2
Ispettore di mercati, navale, in porto, di assicurazioni	1
Ispettore ferroviario	1
Ispettore scolastico	1
Istruttore di scuola guida	2
Laboratorista/analista	1
Lamieraio	2
Laminatore di materie plastiche	2
Laminatore di metalli	2
Lapidario	2
Lattoniere	2
Lavanderia - stireria - tintoria (addetto)	2
Lavoratore autonomo che svolge lavori manuali	2
Legatore di libri	2
Levatrice	1
Levigatore di pavimenti	2
Libero professionista (senza lavoro manuale)	1

Litografo	2
Liutaio	2
Lotto, ricevitore	1
Lucidatore (di materiale vario)	2
Macellaio con abbattimento del bestiame	2
Macellaio senza abbattimento del bestiame	2
Maestra d'asilo	1
Magazziniere con uso di macchinario sollevatore	2
Magazziniere senza uso di macchinario sollevatore	2
Magistrato	1
Magliaia	1
Maiolica/porcellana (fabbricante oggetti di)	2
Maneggio (addetto a)	2
Manicure	1
Maniscalco	2
Marketing (esperto e consulente di)	1
Marmista	2
Massaggiatore	2
Materassaio	2
Meccanico - autoriparatore	2
Meccanico - montatore di macchine in genere	2
Meccanico - riparatore di macchine in genere	2
Meccanico dentista	2
Mediatore di bestiame	2
Medico	1
Medico analista	1
Medico chirurgo	1
Medico condotto	1
Medico dentista	1
Medico di base	1
Medico radiologo (escluse le affezioni radioattive)	1
Medico specialista	1
Medico veterinario	2
Messo comunale	1
Miniaturista/cesellatore	2
Modellista in carta / cartone	1
Modellista in legno / ferro	2
Modello	1
Modista	1
Molatore di vetro	2

Molitore	2
Moquette (posatore di)	2
Mosaicista	2
Mugnaio	2
Muratore	2
Musicista	1
Necroforo	2
Nichelatore	2
Notaio	1
Oculista	1
Odontotecnico	2
Ombrellaio	2
Operaio con accesso a cantieri e uso di macchine	2
Operaio con accesso a cantieri senza uso di macchine	2
Operatore ecologico (addetto alla nettezza urbana)	2
Orafo	1
Orchestrale	1
Orologiaio	1
Orticolto	2
Ortodontista	1
Ortopedico	2
Ortottico	1
Ostetrico	2
Otorinolaringoiatra	1
Ottico	1
Panettiere	2
Parafulmini - installatore o fabbricante	2
Paramedico	1
Parquettista	2
Parroco	1
Parrucchiere da donna	1
Parrucchiere da uomo	1
Pastaio	2
Pasticciere	2
Pastore (addetto al gregge)	2
Pavimentatore di strade	2
Pedicure	1
Pellettiere	2
Pellicciaio	2
Pensionato	1

Perito	1
Perito agrario	1
Perito chimico	1
Perito danni assicurazioni	1
Perito edile con accesso a cantieri	1
Perito edile senza accesso a cantieri	1
Perito elettromeccanico	1
Perito elettronico	1
Perito elettrotecnico	1
Perito industriale	1
Perito tessile	1
Pesa pubblica (addetto alla)	1
Pescatore non oceanico	2
Pescatore su laghi e fiumi	2
Pescivendolo	2
Piastrellista	2
Piazzista	1
Piscicoltore	2
Pittore/artista	1
Pizzaiolo/rosticciere	2
Pompe funebri (addetto a)	2
Pompieri	2
Portalettere	1
Portavalore	2
Portiere - custode	2
Portinaio	2
Postino	1
Pozzi neri (addetto allo spurgo)	2
Presentatore, annunciatore	1
Pretore	1
Procuratore legale	1
Provveditore agli studi	1
Psicologo	1
Pubblicista	1
Puericultrice	1
Pulitore di pavimenti, vetri	2
Quadro con accesso a cantieri, officine, ponteggi	1
Quadro senza accesso a cantieri, officine, ponteggi	1
Radiotecnico	2
Ragionerie libero professionista	1

Rappresentante	1
Regista	1
Restauratore	2
Reti - fabbrica di	2
Ricamatrice	1
Rilegatore di libri	2
Riparatore di autoveicolo	2
Riparatore di cicli	2
Riparatore di elettrodomestici	2
Riparatore di macchine per scrivere e simili	2
Riparatore di radio-tv, esclusa installazione d'antenne	2
Riparatore di strumenti e apparecchi medicali	2
Riparatore di strumenti musicali	2
Riparatore di strumenti scientifici /ottici /di precisione	2
Sacerdote	1
Sagrestano / campanaro	1
Saldatore autogeno	2
Salumierie	2
Sarto	1
Scalpellino	2
Scaricatore in porti e scali ferroviari	2
Scenografo	2
Scuderia (addetto alla)	2
Scultore/artista	2
Segantino	2
Segretario comunale	1
Sindacalista	1
Smaltatore	2
Sociologo	1
Spazzacamino	2
Spazzino	2
Spedizioniere	2
Spedizioniere occupato solo in ufficio	1
Stagnino	2
Stilista di moda	1
Stiratrice	1
Stradino	2
Stuccatore	2
Studente	1
Suora	1

Tabaccaio	1
Taglia legna	2
Tappezziere	2
Tecnico anestesista	1
Tecnico del suono - spettacolo	2
Tecnico delle luci - spettacolo	2
Tessitore	2
Tintore - lavasecco	2
Tipografo	2
Tornitore	2
Trafilatore di materie plastiche	2
Trafilatore di metalli	2
Ufficiale giudiziario	1
Verniciatore	2
Veterinario	2
Vetraio	2
Vetrinista	1
Vigile del fuoco	2
Vigile urbano	2
Vivaista	2
Zincografo	2

CARGEAS Assicurazioni S.p.A. - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Ageas Insurance International N.V. - Via Tolmezzo, 15 - 20132 Milano - Tel. +39 02 499 80.1 - Fax +39 02 49980.498 - Capitale Sociale € 32.812.000 i.v. - Codice Fiscale, Partita Iva e numero Iscrizione Registro delle Imprese di Milano 07951160154 - Iscrizione Albo delle Imprese di assicurazione n. 1.00064 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13/2/1987 (G.U. del 16/3/1987, n. 62) - Indirizzo di posta elettronica certificata: cargoasassicurazioni.pec@legalmail.it - Sito Internet: www.cargoas.it.

Mod. 1463 ed. 12/01/2017 - 20.000