



SALUTE

QUISICURA SALUTE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA. MALATTIA, INFORTUNI E ALTRE GARANZIE

IL PRESENTE SET INFORMATIVO È COMPOSTO DA:

- DIP - Documento informativo precontrattuale
- DIP aggiuntivo - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo
- Condizioni Generali di Assicurazione comprensive di glossario

Il Set Informativo deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

PAGINA NON UTILIZZABILE

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

Che tipo di assicurazione è?

Contratto di assicurazione contro i danni alla persona. Malattia, infortuni e altre garanzie.



Che cosa è assicurato?

Nei casi di ricovero o di intervento chirurgico senza ricovero per malattia o infortunio, di parto o aborto terapeutico, day hospital e day surgery è assicurato:

✓ **Rimborso Spese Mediche:** il rimborso delle spese sostenute prima, durante e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico; nonché le spese per cure e terapie mediche in regime di day hospital sempre conseguenti ad infortunio o malattia.

La garanzia viene proposta in 4 forme di copertura alternative tra loro, corrispondenti ad un bisogno di copertura da Elevato a basic: Forma Elite, Forma Classica, Forma Speciale e Forma Forfait. Le prime tre forme sono rimborsuali ed operano all'interno di un massimale annuo riportato in polizza, la quarta forma "Forfait" è indennitaria, prevede un importo fisso a seconda della classe in cui l'intervento o l'evento si colloca, fermo un massimo indicato in polizza per anno.

Avvalendosi di strutture e medici convenzionati l'assicurato può non anticipare i costi.

✓ **Indennità giornaliera ricoveri:** il pagamento dell'importo giornaliero indicato in polizza per ogni giorno di ricovero.

Nel caso in cui a seguito di una malattia diagnosticata nel corso di validità del contratto l'assicurato diviene invalido permanentemente è assicurato con

✓ **Invalidità permanente da malattia:** un indennizzo determinato in funzione della somma indicata in polizza e del grado di Invalidità permanente accertato, con utilizzo della tabella INAIL. La garanzia si attiva da una soglia d'invalidità pari ad almeno il 25% dell'efficienza fisica.

Sono garanzie facoltative:

Alta Diagnostica

Diagnostica e specialistica

Gravi eventi morbosi

Indennità giornaliera da Convalescenza Post Ricovero

Indennità giornaliera da Gessatura.

Rendita vitalizia da malattia

Tutela legale

Assistenza che è sempre operante e consente anche di opzionare l'Assistenza domiciliare.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Soggetti affetti da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, AIDS o sindromi correlate, infermità mentali (Sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi)
- ✗ Malattie, malformazioni, stati patologici, infermità e invalidità, difetti fisici antecedenti la stipula;
- ✗ Malattie mentali e disturbi psichici;
- ✗ Abuso di psicofarmaci o di alcool, uso di stupefacenti/allucinogeni;
- ✗ Interruzione volontaria della gravidanza
- ✗ Cure per infertilità, sterilità;
- ✗ Degenze e Trattamenti termali, dietologici, estetici, cure non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- ✗ Cure odontoiatriche
- ✗ Ricoveri per lungodegenze check up;
- ✗ Conseguenze di: delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato; tumulti, aggressioni cui ha preso parte attiva; terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, guerre insurrezioni, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;
- ✗ Infortuni da pratica di sport aerei, gare motoristiche, sport professionale e alcuni anche non professionali.
- ✗ Invalidità da malattia manifestatesi oltre un anno dalla cessazione dell'assicurazione



Ci sono limiti di copertura?

- ! Il contratto, eccezion fatta per gli infortuni, prevede alcune carenze, ovvero le garanzie decorrono trascorso un periodo di tempo predefinito utile ad escludere sinistri latenti.
- ! Su alcune prestazioni sono operanti dei limiti temporali (es. prestazioni pre e post ricovero; giorni di gessatura) o di importo (es. limite di indennizzo su interventi più semplici) o territoriali (assistenza e tutela).
- ! Non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente da malattia accertata sia di grado pari od inferiore al 25%.
- ! In caso di utilizzo di istituti di cura e medici non convenzionati per sinistri avvenuti in paesi non dell'Unione Europea il massimale della forma elite e speciale (illimitato) è ridotto a € 500.000,00.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida in tutto il mondo. La valutazione dell'invalidità permanente da malattia è effettuata in Italia.

Limitatamente alla garanzia di Tutela legale la copertura opera per i sinistri avvenuti in Italia e, se trattasi di danni extracontrattuali da fatti illeciti di terzi o di procedimento penale, anche in Europa o paesi extraeuropei del bacino del Mediterraneo.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, le dichiarazioni sanitarie o compili il questionario sanitario, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza o comportare effetti sulla prestazione.



Quando e come devo pagare?

Il Premio annuo deve essere pagato al rilascio della polizza. Il premio può essere corrisposto anche in rate semestrali e quadrimestrali con l'applicazione di un aumento rispettivamente del 2% e 3%. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze stabilite.

Puoi pagare il premio tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico o con denaro contante nei limiti previsti dalla legge. Il premio è comprensivo d'imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza oppure dalla data del pagamento del premio o della rata di premio, se successiva alla sottoscrizione, e termina alla scadenza indicata in polizza se non richiamato il tacito rinnovo. Se non paghi i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il pagamento avviene oltre 60 giorni per gli eventi garantiti diversi dagli infortuni la garanzia ridecorre trascorsi 60 giorni dal pagamento.



Come posso disdire la polizza?

In presenza di tacito rinnovo puoi disdire il contratto mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale. Se non pattuito il tacito rinnovo il contratto cessa, senza obbligo di disdetta, alla scadenza indicata in polizza.

Assicurazione Malattia

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

Groupama Assicurazioni S.p.A.

QuiSicura Salute

Ed. 05/2019 - Agg. 07/2022

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile



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

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

Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma, Italia. Tel. +39 06/3018.1, fax +39 06/80210.831, www.groupama.it – info@groupama.it – PEC: groupama@legalmail.it

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585. E' Impresa sottoposta al controllo da parte dell'IVASS ed iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023. Groupama Assicurazioni S.p.A. è diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio – avente sede legale in Francia: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg. Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

Alla data dell'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2021, il patrimonio netto della Società ammonta a 613,9 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 492,8 e a 121,1 milioni di Euro.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet dell'Impresa <https://www.groupama.it/conoscerci/governance-e-risultati-economici> e si riportano di seguito gli importi:

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 684,6 milioni di Euro;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 308,07 milioni di Euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 953,9 milioni di Euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 785,3 milioni di Euro;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a 139,33%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

CONDIZIONE SPECIALE "A"	Abolizione Indennità Sostitutiva Si esclude l'operatività dell'indennità sostitutiva prevista in caso di attivazione delle garanzie Rimborso Spese Mediche Elite e Rimborso Spese Mediche Classica , ovvero non verrà corrisposta l'indennità prevista in caso di non richiesta del rimborso spese mediche. Con tale opzione si ha diritto ad una riduzione di premio.
CONDIZIONE SPECIALE "I"	Garanzia Limitata ai Soli Interventi Chirurgici Le prestazioni previste in caso di attivazione delle garanzie Rimborso Spese Mediche Elite e Rimborso Spese Mediche Classica sono operanti esclusivamente nel caso di Intervento Chirurgico, con o senza ricovero, reso necessario da malattia o infortunio. Con tale opzione si ha diritto ad una riduzione di premio.
CONDIZIONE SPECIALE "F1"	La Franchigia di € 1.500,00 è prevista per tutte le prestazioni garantite prima, durante e dopo il ricovero in caso di attivazione delle garanzie Rimborso Spese Mediche Elite e Rimborso Spese Mediche Classica . Con tale opzione si ha diritto ad una riduzione di premio.

CONDIZIONE SPECIALE "F2"	La Franchigia di € 3.000,00 è prevista per tutte le prestazioni garantite prima, durante e dopo il ricovero in caso di attivazione delle garanzie Rimborso Spese Mediche Elite e Rimborso Spese Mediche Classica . Con tale opzione si ha diritto ad una riduzione di premio.
CONDIZIONE SPECIALE "S"	Scoperto anche in Convenzionamento Lo scoperto in caso di Rimborso Spese Mediche Classica sarà operante anche qualora ci si avvalga di istituti di cura e/o medici convenzionati. Con tale opzione si ha diritto ad una riduzione di premio.
CONDIZIONE SPECIALE "D"	Massimale per Nucleo I massimali assicurati devono intendersi operanti come disponibilità unica per anno assicurativo e per l'insieme di tutte le persone indicate in polizza. Tale opzione vige in caso di attivazione delle garanzie Rimborso Spese Mediche Elite , Rimborso Spese Mediche Classica e Rimborso Spese Mediche Speciale e dà diritto a una riduzione di premio.
CONDIZIONE SPECIALE "M"	Esclusione Prestazioni Conseguenti ad Infortunio Le prestazioni inerenti le garanzie Indennità Giornaliera da Ricovero e Indennità Giornaliera da Convalescenza post-ricovero , devono intendersi non operanti nei casi di ricovero, day hospital, day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale resi necessari da infortunio. Con tale opzione si ha diritto ad una riduzione di premio.
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Non previste.	

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	<p>L'assicurazione non è operante per:</p> <ul style="list-style-type: none"> * conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati, salvo per questi ultimi l'eventuale assicurabilità mediante l'esplicito patto speciale; * la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci e/o di alcool, all'uso di stupefacenti o allucinogeni; * le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici; * le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari; * l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza; * le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative; * le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia; * le prestazioni sanitarie e le cure cellululo-tessutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per queste ultime quanto previsto dalla garanzia); * le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne eseguiti entro 360 giorni dall'intervento chirurgico demolitivo, purché effettuati durante la validità del contratto); * le prestazioni sanitarie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonché quelle non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione; * le visite odontoiatriche ed ortodontiche e le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto (salvo si tratti di cure rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne); le protesi dentarie in ogni caso sono escluse; * l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi terapeutici, protesici ed ortopedici; * i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici; * le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; * le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali ancorché nell'ambito di istituti di cura; * le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;

- * le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni (salvo che per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche occorsi all'Assicurato al di fuori della Regione ove è fissata la sua residenza);
- * le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per gli infortuni derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace);
- * le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- * le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero.

Gli infortuni:

- * derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato);
- * avvenuti quando l'Assicurato sia in stato di ubriachezza, o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- * derivanti dalla pratica di sports aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove;
- * derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, scalata di rocce o ghiacciai, salto dal trampolino con sci ed idrosci, sci acrobatico, immersione con autorespiratore.

L'assicurazione in caso di Invalidità Permanente da Malattia non è operante per:

- * le malattie, le malformazioni e gli stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati, salvo per questi ultimi l'eventuale assicurabilità mediante l'esplicito patto speciale;
- * le preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo;
- * le conseguenze, anche indirette, derivanti da abuso di psicofarmaci e/o di alcool, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni dell'Assicurato;
- * le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- * le conseguenze derivanti da prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- * le conseguenze di trattamenti dietologici o estetici;
- * le conseguenze di prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- * le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- * le conseguenze di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (compresi, invece, quelli derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato);
- * le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
- * le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per le conseguenze derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace);
- * le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- * le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero.

In caso di attivazione della garanzia Assistenza, ferme le esclusioni previste per le singole garanzie, sono inoltre escluse:

- * le prestazioni, o spese, non autorizzate specificatamente dalla Struttura Organizzativa;
- * le opere di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;
- * i sinistri provocati con dolo dall'Assicurato o dalle persone di cui deve rispondere.

Per la garanzia di Tutela Legale, le prestazioni non sono valide:

- * per vertenze concernenti il diritto di famiglia, delle successioni e delle donazioni;
- * in materia fiscale ed amministrativa;

	<ul style="list-style-type: none"> * per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive; * per il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere; * per controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di veicoli, imbarcazioni o aeromobili; * per fatti dolosi delle persone assicurate; * per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente; * per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale; * per qualsiasi caso assicurativo inerente o derivante dall'esercizio della professione medica e di attività di lavoro autonomo, di impresa, e/o altre tipologie di collaborazione; * per controversie con ARAG; * spese legali e peritali calcolate in base ad accordi fra l'Assicurato e il professionista; * diverse da quelle previste nel tariffario forense; * spese legali o peritali derivanti da accordi transattivi non autorizzati espressamente da ARAG. <p>La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.</p>
--	--



Ci sono limiti di copertura?

Il contratto prevede franchigie, massimali e scoperti.

! **Franchigie**

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato, solitamente espressa in cifra assoluta o, più raramente in una percentuale sulla somma assicurata.

Esempio franchigia in cifra fissa

Danno: € 1.000,00

Franchigia: € 200,00,

Somma spettante all'Assicurato così determinata: € 1.000,00 – € 200,00 = € 800,00

Rimarranno, quindi, a carico dell'assicurato € 200,00

! **Scoperti**

Lo scoperto è una parte di danno che resta a carico dell'assicurato, e si esprime non in cifra assoluta, ma con una percentuale da calcolare sul danno.

Esempio

Danno = € 10.000,00;

Percentuale di scoperto prevista = 10%;

Scoperto in cifra fissa = 10% di € 10.000,00 = € 1.000,00;

Somma spettante all'Assicurato = € 10.000,00 (danno) – € 1.000,00 (scoperto) = € 9.000,00

! **Massimali**

Il massimale rappresenta la somma pattuita in polizza fino alla quale l'assicuratore è impegnato a prestare la garanzia assicurativa. Il massimale può essere per sinistro e/o per anno.

Se i danni procurati sono superiori a tale somma, la differenza resta a carico dell'assicurato salvo rivalsa nei confronti del diretto responsabile.

Esempio

Danno: € 3.000,00

Massimale previsto: € 1.000,00 ----> L'Assicuratore sarà tenuto a prestare la garanzia solo fino a € 1.000,00

Rimane a carico dell'Assicurato: € 3.000,00 (danno) - € 1.000,00 (massimale) = € 2.000,00

! **Rivalsa**

La società rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro: in caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro dieci giorni da quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il decimo giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile. Relativamente al – Rimborso Spese Mediche (per le sole spese sostenute durante il ricovero), l'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di istituti di cura convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato, dalla Struttura Organizzativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro.

In caso di sinistro da Invalidità permanente da Malattia il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso scritto della malattia all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro 30

	<p>giorni, da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa comportare un'invalidità permanente, a parziale deroga dell'articolo 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.</p> <p>Successivamente alla denuncia di sinistro, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: le coperture assicurative di Rimborso Spese Mediche (Forme Élite, Classica e Speciale) possono essere prestate anche nella forma dell'assistenza diretta, con istituti di cura convenzioni e medici convenzionati. L'Assicurato che ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati deve:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. prima del ricovero, contattare la Struttura Organizzativa - in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 18.00 ed il sabato dalle ore 8.00 alle 12.00, esclusi i festivi - ai seguenti recapiti: <ul style="list-style-type: none"> o numero verde nazionale gratuito: 800.303.007 o numero telefonico per chiamate dall'estero: 0039.02.303.500.002 o e-mail: retail.groupama@myassistance.it <p>indicando: numero di polizza; motivo del ricovero risultante dalla prescrizione del medico curante; luogo e recapito telefonico per i successivi contatti; istituto di cura ed eventuali medici convenzionati cui intende rivolgersi.</p> <p>La prestazione in forma diretta deve essere attivata seguendo le modalità di cui sopra almeno 2 giorni lavorativi prima della data di ricovero concordata dall'Assicurato con la struttura, fatta eccezione per i casi di reale e comprovata emergenza, che dovranno comunque essere comunicati nel più breve tempo possibile.</p> <p>La Centrale Operativa, sulla base delle informazioni ricevute dall'Assicurato, provvederà alla verifica della operatività del pagamento diretto e del diritto alla prestazione, invierà all'istituto di cura convenzionato autorizzazione ad eseguire le prestazioni concordate e ne darà conferma telefonica all'Assicurato stesso.</p> 2. al momento del ricovero: presentare la Carta Sanitaria; 3. al momento della dimissione dall'istituto di cura: corrispondere l'importo dell'eventuale franchigia pattuita in polizza, nonché eventuali altre spese non indennizzabili a termini di contratto. <p>Gestione da parte di altre imprese: la gestione dei sinistri in forma diretta delle coperture Rimborso Spese Mediche (Forme Élite, Classica e Speciale) e dei sinistri del ramo assistenza è stata affidata a un'impresa terza MyAssistance S.r.l. - Via Montecuccoli 20/21 – 20146 Milano - che l'Assicurato deve contattare direttamente per poter usufruire delle prestazioni.</p> <p>Per i sinistri del ramo Tutela Legale, la gestione degli stessi è stata affidata ad un'impresa terza autorizzata ai termini di legge, ARAG SE Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia con sede e Direzione Generale in Viale del Commercio n. 59 - 37135 Verona - alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.</p> <p>Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, eccetto il diritto al pagamento del premio, che si prescrive in un anno.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Non vi sono informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p>Pagamento dell'indennizzo Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo che risulta dovuto, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo stesso entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'avente diritto. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi sono eseguiti in Italia in euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.</p> <p>Arbitrato In caso di attivazione della procedura arbitrale la Società sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.</p>

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>Le prestazioni assicurate sono garantite previa corresponsione di un premio annuo. Puoi richiedere il frazionamento in rate semestrali e quadrimestrali con l'applicazione di un aumento rispettivamente del 2% e 3%.</p> <p>Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile intestato all'Impresa o all'Intermediario, in tale sua qualità, ovvero girato nei limiti consentiti dalla vigente normativa in materia; 2. bonifico e/o altro mezzo di pagamento bancario, postale o elettronico, comunque sempre emesso a favore dell'Impresa o dell'Intermediario, in tale sua qualità; 3. contanti fino al limite consentito dalla vigente normativa in materia.

	<p>A partire dalla seconda annualità di contratto, il premio della polizza viene adeguato automaticamente in funzione dei due meccanismi di seguito illustrati.</p> <p>1) INDICIZZAZIONE La convenzione per l'adeguamento automatico delle somme assicurate, dei premi e dei limiti di garanzia all'indice ISTAT, deve intendersi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • obbligatoria per le garanzie di rimborso spese (forma ELITE, CLASSICA, FORFAIT e SPECIALE) e relative garanzie facoltative; • facoltativa per le garanzie Indennità Giornaliera da Ricovero (e relative condizioni aggiuntive e Invalidità Permanente da Malattia con la scelta che coinvolge necessariamente entrambe le garanzie (entrambe indicizzate o non indicizzate); • esclusa per la garanzia facoltativa Rendita Vitalizia e per le garanzie di Assistenza e Tutela legale <p>2) AGGIORNAMENTO ANNUO DEL PREMIO IN CASO DI PRESENZA DELLA TACITA PROROGA Esclusivamente nel caso in cui nella polizza sia stata pattuita la tacita proroga, il solo premio relativo alle garanzie Rimborso spese mediche - forme Elite, Classica, Alta Diagnostica, Diagnostica e Specialistica, alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa, a partire dalla seconda annualità di contratto, oltre ad essere soggetto ad indicizzazione nei termini riportati al punto precedente, viene aumentato nella misura annua fissa del 3%. Il premio è comprensivo di imposte.</p>
Rimborso	<p>Qualora la Società abbia assicurato soggetti affetti da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - psicofarmaci) o da AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) o dalle sindromi organiche cerebrali consistenti in schizofrenia o forme maniaco-depressive o stati paranoidi, resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 C.C., senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo.</p> <p>La cessazione comporta l'obbligo per la Società - a parziale deroga dell'art. 1898 del Codice Civile - di rimborsare al Contraente, entro 60 giorni dalla cessazione stessa, la parte di premio - al netto dell'imposta – già pagata per l'Assicurato e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Qualora si sia optato per un contratto di durata poliennale il contraente ha la facoltà di recedere senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, solo trascorso il quinquennio, così come previsto dall'articolo 1899 c.c.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le garanzie di Rimborso spese Mediche (Forme Elite, Classica, Speciale e Forfait) e Indennità giornaliera da Ricovero sono operanti: <ul style="list-style-type: none"> - per le malattie, dal 30° giorno successivo alla conclusione del contratto; - per le conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto e/o siano comunque noti al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula, purché dichiarati alla Società e da questa accettati (esclusa la forma Forfait), dal 30° giorno successivo alla conclusione del contratto; - per gli infortuni e le malattie che siano espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato nel momento stesso della stipula, dal 180° giorno successivo alla conclusione del contratto; - per il parto dal 300° giorno successivo alla conclusione del contratto; - per l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, nel caso in cui la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione, dal 30° giorno successivo alla conclusione del contratto; • Invalidità Permanente da Malattia è operante dal 90° giorno successivo alla conclusione del contratto.
Sospensione	Non prevista.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto.

Risoluzione	<ul style="list-style-type: none"> - Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. - Qualora si sia optato per un contratto di durata poliennale il contraente ha la facoltà di disdire il contratto con preavviso di sessanta giorni, solo trascorso il quinquennio.
--------------------	---

 A chi è rivolto questo prodotto?
<p>QuiSicura Salute è rivolto alla singola persona ed al suo nucleo familiare che necessitano di una copertura assicurativa che sia in grado di soddisfare il bisogno di sicurezza personale sotto il profilo della salute e del benessere garantendo una copertura assicurativa su misura, in base alle specifiche necessità, esigenze e disponibilità economiche.</p>

 Quali costi devo sostenere?
<p>Costi di intermediazione La quota parte percepita in media dagli intermediari per questo prodotto è pari al 21%</p>

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - fax: +39 06 80210.979 - E-mail: reclami@groupama.it. Il termine di risposta massimo ai reclami è di quarantacinque giorni.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> - E' prevista la possibilità di far ricorso all'arbitrato (collegio di 3 medici) per la risoluzione di eventuali controversie sulla indennizzabilità o quantificazione del danno. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede di istituto di medicina legale più vicina all'assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli. Ciascuna parte sostiene i propri costi e contribuisce per la metà alle spese e competenze del terzo arbitro. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante. - In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Resta salva la facoltà dell'esponente di adire l'Autorità Giudiziaria anche per questioni diverse da quelle indicate.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p><u>Imposta sui premi</u> I premi relativi ai contratti di assicurazione del comparto danni sono soggetti ad Imposta sulle Assicurazioni, secondo le disposizioni contenute nella Legge 1216/1961 e sue successive modifiche e integrazioni. I premi relativi al presente contratto, avente ad oggetto la copertura dei rischi Malattia, Infortuni, Tutela legale, Assistenza, sono soggetti ad aliquote pari a 2,50%, 21,25%, 10,00%, applicate in funzione delle garanzie scelte.</p>

Detraibilità fiscale dei premi

I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte e di invalidità permanente qualificata (superiore al 5%) danno diritto ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura prevista dalle norme di legge vigenti in materia.

Per usufruire della detrazione, il Contraente deve avere stipulato il contratto nell'interesse proprio o di persona fiscalmente a carico e aver pagato il premio con metodi tracciabili.

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

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



Groupama
Assicurazioni

SALUTE

QUISICURA SALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Norme comuni a tutte le garanzie
Garanzie assistenza e tutela legale

Documento redatto secondo le linee guida
“Contratti Semplici e Chiari”

CGA

Premessa	3
GLOSSARIO	4
SEZIONE NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	8
Art. 1 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	8
Art. 2 Assicurazioni per conto proprio o di chi spetta	8
Art. 3 Modifiche dell'assicurazione	8
Art. 4 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	8
Art. 5 Altre assicurazioni	8
Art. 6 Scadenza dell'assicurazione	9
Art. 7 Rinuncia al diritto di rivalsa	9
Art. 8 Foro competente	9
Art. 9 Oneri fiscali	9
Art. 10 Estensione territoriale	9
Art. 11 Indicizzazione	9
Art. 12 Aggiornamento annuo del premio in caso di pattuizione della tacita proroga	10
Art. 13 Rinvio alle norme di legge	10
SEZIONE TUTELA LEGALE	10
CHI E COSA E' ASSICURATO	10
Art. 14 Premessa	10
Art. 15 Chi è assicurato - Ambito delle prestazioni e soggetti assicurati	10
Art. 16 Persone non assicurabili	11
Art. 17 Cosa e' assicurato - Oggetto del contratto di Assicurazione	12
COSA NON È ASSICURATO	12
Art. 18 Esclusioni	12
LIMITI DI COPERTURA	13
Art. 19 Estensione territoriale	13
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO TUTELA LEGALE	14
Art. 20 Insorgenza del sinistro	14
Art. 21 Denuncia del sinistro e libera scelta del legale	14
Art. 22 Fornitura dei mezzi di prova dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa	15
Art. 23 Gestione del sinistro	15
Art. 24 Restituzione delle spese anticipate	15
SEZIONE ASSISTENZA	16
CHI E COSA E' ASSICURATO	16
Art. 25 Premessa - Servizio di assistenza	16
Art. 26 Chi è assicurato	16
Art. 27 Persone non assicurabili	16
Art. 28 Cosa è assicurato - Prestazioni di assistenza	17

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA ASSISTENZA	20
CONDIZIONE AGGIUNTIVA	20
Art. 29 H - Assistenza infermieristica domiciliare	20
COSA NON È ASSICURATO	21
Art. 30 Esclusioni	21
LIMITI DI COPERTURA	22
Art. 31 Limiti territoriali	22
Art. 32 Limiti di esposizione	22
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA	23
Art. 33 Richiesta di assistenza - Prescrizione	23
Art. 34 Limitazione di responsabilità della Struttura Organizzativa	23
Art. 35 Comunicazioni e Variazioni	23
FAC SIMILE DENUNCIA DI SINISTRO	24
ARTICOLI DEL CODICE CIVILE	25

Avvertenza.

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate:

- con stampa su sfondo verde nelle condizioni di assicurazione (mod. 250010, 250011, 250012, 250013, 250014, 250015, 250016).

Premessa

Le condizioni di assicurazione riportate nelle pagine che seguono, integrate dalle condizioni di assicurazione delle singole garanzie acquistate e dalle dichiarazioni rese nel Questionario sanitario (mod. 220005) o nelle Dichiarazioni sanitarie (mod. 220006), costituiscono parte integrante della polizza (mod. 220003).

Resta pertanto inteso che si intendono richiamate, a tutti gli effetti, le dichiarazioni del Contraente riportate in polizza e nel Questionario sanitario / Dichiarazioni sanitarie e che l'assicurazione è prestata per le somme o i massimali indicati in polizza, fatti salvi i limiti di rimborso e le franchigie eventualmente previste in polizza o nelle condizioni di assicurazione.

Le Definizioni hanno valore convenzionale e quindi integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale.

GLOSSARIO

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si incontrano spesso le parole e i termini elencati, ai quali la Società e il Contraente attribuiscono il significato di seguito espresso, che assume pieno valore ai fini dell'interpretazione della normativa contrattuale:

AMBULATORIO

La struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato entro i limiti convenuti, del danno a lui causato da un sinistro.

CARTA SANITARIA

Tessera consegnata al Contraente alla conclusione del contratto con i recapiti della Struttura Organizzativa.

CASO ASSICURATIVO

Il verificarsi del fatto dannoso - cioè la controversia - per il quale è prevista l'assicurazione.

CENTRO DIAGNOSTICO CONVENZIONATO

Poliambulatorio sanitario, regolarmente autorizzato per le indagini diagnostiche, convenzionato con la Società per il tramite della Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia. L'elenco dei centri diagnostici convenzionati è disponibile sul sito internet www.groupama.it.

CENTRO FISIOTERAPICO E RIABILITATIVO

Centro regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni riabilitative e rieducative composto da operatori qualificati.

CONTRAENTE

Il soggetto che sottoscrive l'assicurazione e paga il premio.

DAY HOSPITAL

La degenza in istituto di cura senza pernottamento non comportante intervento chirurgico.

DAY SURGERY

La degenza in istituto di cura senza pernottamento comportante intervento chirurgico.

DICHIARAZIONI SANITARIE

Il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. Il docu-

mento deve essere compilato prima di stipulare il contratto assicurativo e sottoscritto dall'Assicurato stesso o da chi ne esercita la potestà.

DIFETTI FISICI

Conformazioni anomale di parti anatomiche (obiettivabili o clinicamente diagnosticate) e loro conseguenze peggiorative.

ENDOPROTESI

Struttura protesica, compresi apparecchi terapeutici, applicati all'interno del corpo umano in corso di intervento chirurgico.

FRANCHIGIA

L'importo prestabilito che in caso di danno l'Assicurato tiene a suo carico e che, per ciascun sinistro, viene detratto dall'indennizzo.

GESSATURA

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

Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, prescritta da specialista ortopedico, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia. È equiparata a gessatura anche l'immobilizzazione dovuta a fratture scomposte delle coste e del bacino o a frattura composta di almeno due archi costali.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia assicurativa:

- a) le fasce elastiche in genere (ad eccezione degli anelli ad otto o di Gill Christ);
- b) i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "mollì";
- c) i busti ortopedici elastici;
- d) i collari di Schanz, Colombari o Philadelphia;
- e) altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lettere a), b), c) e d).

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

L'intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio, rientrante nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici riportato nelle condizioni di assicurazione "Rimborso Spese Mediche Forma Speciale" (mod. 250013) e "Indennità Giornaliera da Ricovero" (mod. 250015).

GRAVE EVENTO MORBOSO

La malattia rientrante nell'Elenco Gravi Eventi Morbosi riportato nelle condizioni di assicurazione "Rimborso Spese Mediche Forma Speciale" (mod. 250013) e "Indennità Giornaliera da Ricovero" (mod. 250015).

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico perseguito attraverso la cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi si intendono equiparati ad intervento chirurgico anche: riduzione incruenta di fratture e lussazioni, diatermocoagulazione, crioterapia, litotrissia, biopsia, endoscopia con biopsia, gessatura, sutura.

INVALIDITÀ PERMANENTE

La perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità a svolgere, in tutto o in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

ISTITUTO DI CURA

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. **Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fitoterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani.**

ISTITUTO DI CURA CONVENZIONATO

Istituto di cura convenzionato con la Società per il tramite della Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia.

L'elenco degli istituti di cura convenzionati è disponibile sul sito internet www.groupama.it

MALATTIA

Ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MALATTIA COESISTENTE

Malattia o invalidità presente nell'Assicurato, che non determini alcuna influenza sulla malattia denunciata come sinistro, e/o sulla invalidità permanente da essa causata, in quanto interessa sistemi organo - funzionali diversi.

MALATTIA CONCORRENTE

Malattia o invalidità presente nell'Assicurato, che determini una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata come sinistro, e/o sulla invalidità permanente da essa causata, in quanto interessa uno stesso sistema organo - funzionale.

MALFORMAZIONE

Anomalia somatica grossolana nota o non nota all'Assicurato.

MASSIMALE

La somma fino a concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta la garanzia.

MEDICO CONVENZIONATO

Medico convenzionato con la Società per il tramite della Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia.

POLIZZA

Il documento contrattuale, sottoscritto dalle Parti, che prova l'assicurazione.

PREMIO

Il corrispettivo che il Contraente versa alla Società per l'Assicurazione.

QUESTIONARIO SANITARIO

Il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. Il documento deve essere compilato prima di stipulare il contratto assicurativo e sottoscritto dall'Assicurato stesso o da chi ne esercita la potestà.

RICOVERO

La degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura.

RISCHIO

La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

SCOPERTO

La quota parte delle spese sostenute, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SOCIETÀ

Groupama Assicurazioni S.p.A.

SOCIETÀ DI GESTIONE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA E SINISTRI MALATTIA

MyAssistance S.r.l - Via Montecuccoli 20/21- 20146 Milano.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura della Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia costituita da medici, tecnici e operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato per l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni della garanzia di assistenza, per coadiuvare l'Assicurato nella scelta degli istituti di cura, dei centri diagnostici e degli studi odontoiatrici convenzionati e per la gestione dei sinistri malattia.

STUDIO ODONTOIATRICO CONVENZIONATO

Lo studio odontoiatrico convenzionato con la Società per il tramite della Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia.

L'elenco degli studi odontoiatrici convenzionati è disponibile sul sito internet www.groupama.it.

TUTELA LEGALE

L'assicurazione Tutela Legale ai sensi del D.Lgs. n. 209/2005 artt. 163, 164, 173, 174 e correlati.

SEZIONE 1 - NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

ART. 1

PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Salvo quanto previsto all'art. 4 della Sezione 3 "Garanzia Tutela Legale", l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in 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 termini di aspettativa indicati nelle condizioni di assicurazione relative alle garanzie acquistate dal Contraente. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1901 C.C., dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.

Se il Contraente non paga entro 60 giorni dalla scadenza una rata di premio successiva alla prima, l'assicurazione riprende effetto a decorrere dalle ore 24:

- del giorno in cui si effettua il pagamento per gli infortuni,
- dal 60° giorno successivo a quello del pagamento della rata arretrata per gli altri eventi garantiti.

Decorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento della rata arretrata il contratto è risolto di diritto.

Il premio deve essere pagato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società ed è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

ART. 2

ASSICURAZIONE PER CONTO PROPRIO O DI CHI SPETTA

La presente assicurazione è stipulata per conto proprio o nell'interesse di chi spetta; gli obblighi derivanti dal contratto debbono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 C.C.

ART. 3

MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e sottoscritte dalle Parti.

ART. 4

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 5

ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di

sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'articolo 1910 C.C.

ART. 6

SCADENZA DELL'ASSICURAZIONE

Se nella polizza è stata pattuita la tacita proroga, resta inteso che, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione, di durata non inferiore ad un anno, è prorogata per un anno e così successivamente.

Se nella polizza non è stata pattuita la tacita proroga, l'assicurazione scade, senza obbligo di disdetta, alle ore 24 del giorno indicato in polizza.

ART. 7

RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'articolo 1916 C.C.

ART. 8

FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, la competenza territoriale inderogabile è del giudice del luogo di residenza o di domicilio del consumatore, come definito nell'art. 3 del D. Lgs. 06/09/2005, n. 206.

ART. 9

ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione, secondo le norme di legge, sono a carico del Contraente.

ART. 10

ESTENSIONE TERRITORIALE

Qualora non diversamente indicato nelle singole garanzie, l'assicurazione è valida in tutto il mondo. La valutazione della invalidità permanente da malattia viene effettuata in Italia.

ART. 11

INDICIZZAZIONE

Le somme assicurate, i massimali, i limiti di indennizzo espressi in cifra assoluta, le eventuali detrazioni a carico dell'Assicurato espresse in cifra assoluta, ed il premio sono soggetti ad adeguamento automatico in proporzione alle variazioni percentuali del "numero indice" rappresentato dalla media ponderata dei numeri indice "onorari specialistici", "accertamenti diagnostici" e "retta clinica", rilevato dall'ISTAT.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato in polizza, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente quello di stipula, con quello del mese di giugno 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.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni.

Il suddetto adeguamento:

- non è mai operante per le garanzie assistenza, tutela legale e rendita vitalizia da malattia;
- è operante solo se pattuito in polizza per le garanzie indennità giornaliera da ricovero (e relative condizioni aggiuntive) ed invalidità permanente da malattia.
- è sempre operante per le restanti garanzie.

ART. 12

AGGIORNAMENTO ANNUO DEL PREMIO IN CASO DI PATTUIZIONE DELLA TACITA PROROGA

Se nella polizza è stata pattuita la tacita proroga, il solo premio relativo alle garanzie Rimborso Spese Mediche - Forme Elite e Classica, Alta Diagnostica, Diagnostica e Specialistica, alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa, oltre ad essere soggetto ad indicizzazione nei termini riportati al precedente art. 11, viene aumentato nella misura annua fissa del 3%.

ART. 13

RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana.

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

SEZIONE - TUTELA LEGALE

(operante solo se espressamente richiamata in polizza)

CHI E COSA E' ASSICURATO

ART. 14

PREMESSA

Nel rispetto della disciplina normativa vigente, la Società ha scelto di affidare la gestione dei sinistri del ramo Tutela Legale ad ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia - Viale del Commercio n. 59 - 37135 Verona, in seguito denominata ARAG, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

Principali riferimenti:

- telefono centralino: 045.8290411
- mail per invio nuove denunce di sinistro: denunce@ARAG.it
- fax per invio nuove denunce di sinistro: +39 045.8290557
- mail per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro: sinistri@ARAG.it
- fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro +39 045.8290449

(La Società, lasciando invariati la portata ed i limiti delle prestazioni garantite, si riserva la facoltà di affidare la gestione dei sinistri del ramo Tutela Legale altra società autorizzata ai termini di legge. In tal caso, verrà prontamente comunicata all'Assicurato - Contraente la denominazione di tale società senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto).

ART. 15

CHI E' ASSICURATO - AMBITO DELLE PRESTAZIONI E SOGGETTI ASSICURATI

Le garanzie di tutela legale vengono prestate a tutela dei diritti di tutte le persone

assicurate in polizza (fino ad un massimo di dieci assicurati) ed in essa individuate nominativamente.

Nel caso di controversie fra Assicurati con la stessa polizza le garanzie vengono prestate unicamente a favore del Contraente - Assicurato.

Vengono garantiti gli oneri previsti dall'art.17 Oggetto del contratto di Assicurazione per i sinistri relativi a:

1. danni subiti

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali subiti per fatti illeciti di terzi che abbiano provocato l'infortunio, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

2. danni subiti a seguito di ricovero

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni contrattuali ed extra contrattuali subiti durante il ricovero presso istituti di cura (pubblici/privati) a seguito di malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

3. danni subiti derivanti da interventi chirurgici

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni contrattuali ed extra contrattuali subiti dalla persona derivanti da interventi chirurgici effettuati in occasione di ricovero per malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico per i quali sia stata prestata la copertura assicurativa prevista dalla polizza principale. Con riferimento agli interventi chirurgici, fermo il presupposto che sia stata prestata la copertura assicurativa prevista nella polizza principale, sono compresi anche quelli effettuati in day hospital.

Compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

4. controversie contrattuali

Sono coperte le spese sostenute per le vertenze contrattuali di controparte nei casi di malpractice medica sanitaria conseguenti o connessi a malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico come garantito dalla polizza principale.

ART. 16

PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora al momento della stipula dell'assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V., A.I.D.S. o sindromi correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, l'assicurazione stessa cessa, contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 C.C., senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 17

COSA E' ASSICURATO - OGGETTO DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Groupama Assicurazioni spa assicura, nei limiti del massimale convenuto di € 10.000 per ogni sinistro senza limite annuo, la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi, nei casi indicati nella presente polizza.

Quando l'assicurato è coinvolto in una vertenza, la Società, nei limiti stabiliti dalla polizza, copre le seguenti spese:

- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della vertenza
- compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia solo se, a seguito di questa, la controparte è rinviata a giudizio in sede penale
- compensi dell'avvocato domiciliatario, se indicato da ARAG
- spese di soccombenza poste a carico dell'assicurato
- spese di esecuzione forzata fino a due casi per sinistro
- spese dell'organismo di mediazione, quando la mediazione è obbligatoria
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri
- compensi dei periti
- spese di giustizia
- spese di investigazione difensiva per accertare modalità e dinamica dei sinistri.

Le spese legali sono coperte per l'intervento di un solo avvocato per ogni grado di giudizio.

Non sono oggetto di copertura assicurativa i patti di quota lite conclusi tra l'Assicurato e l'Avvocato.

Sono escluse le indennità di trasferta e, nel caso in cui sia necessaria la domiciliazione, ogni duplicazione di onorari.

L'assicurato è tenuto ad assumere a proprio carico gli oneri fiscali, le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al sinistro.

La Società non si assume il pagamento di:

- multe, ammende, sanzioni pecuniarie in genere;
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali.

ART. 18

ESCLUSIONI

Se nel contratto non è previsto diversamente, le garanzie non operano per sinistri relativi a:

- a) diritto di famiglia, successioni o donazioni;
- b) materia fiscale o amministrativa;
- c) fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive;
- d) per il pagamento di multe, ammende e sanzioni pecuniarie;
- e) proprietà o guida di veicoli a motore, imbarcazioni, aeromobili;
- f) per qualsiasi spesa derivante dalla costituzione di parte civile quando l'assicurato venga perseguito in sede penale;

- g) fatti dolosi delle persone assicurate;
- h) fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente;
- i) per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale;
- j) per qualsiasi sinistro inerente o derivante dall'esercizio della professione medica e di attività di lavoro autonomo, di impresa, e/o altre tipologie di collaborazione;
- k) spese legali e peritali calcolate in base ad accordi tra l'Assicurato ed il professionista;
- l) diverse da quelle previste nel tariffario forense;
- m) spese legali o peritali derivanti da accordi transattivi non autorizzati espressamente da ARAG.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d' America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

LIMITI DI COPERTURA

ART. 19

ESTENSIONE TERRITORIALE

La garanzia opera nei paesi di seguito indicati se in questi avviene il sinistro e si trova l'ufficio giudiziario di competenza.

TIPO DI VERTENZA	DOVE
Richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali subiti	Unione Europea Regno Unito Svizzera Liechtenstein Principato di Monaco Città del Vaticano Repubblica di San Marino Stati extraeuropei posti nel bacino del mediterraneo
TIPO DI VERTENZA	DOVE
Controversie contrattuali per malpractice sanitaria	Italia Città del Vaticano Repubblica di San Marino

COSA FARE IN CASO SINISTRO TUTELA LEGALE

ART. 20

INSORGENZA DEL SINISTRO

Per insorgenza del sinistro si intende la data in cui si verifica l'evento dannoso inteso, in base alla natura della vertenza, come:

- il danno o presunto danno extracontrattuale subito dall'assicurato;
- la violazione o presunta violazione del contratto;
- la violazione o la presunta violazione della norma di legge;

In presenza di più eventi dannosi della stessa natura, la data di avvenimento del sinistro è quella in cui si verifica il primo evento dannoso.

Uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche quando coinvolgono una pluralità di soggetti, sono trattati e considerati come un unico sinistro e la data di avvenimento è quella del primo evento dannoso.

Se più assicurati sono coinvolti in uno stesso sinistro, la garanzia opera con un unico massimale che viene equamente ripartito tra tutti gli assicurati a prescindere dalle somme da ciascuno pagate. Se al momento della definizione del sinistro il massimale per sinistro non è esaurito, il residuo è ripartito in parti uguali tra agli assicurati che hanno ricevuto solo parzialmente il rimborso delle spese sostenute.

La garanzia assicurativa è prestata per i sinistri che siano insorti:

- durante il periodo di effetto del contratto, se si tratta di danno o presunto danno subito dall'Assicurato;
- trascorsi 3 (tre) mesi dalla data di efficacia della copertura assicurativa in tutte le restanti ipotesi.

Se il contratto è emesso senza interruzione della copertura per lo stesso rischio, dopo un precedente contratto, il periodo di 3 (tre) mesi opera soltanto per le garanzie non previste nel precedente contratto. Sarà pertanto onere del Contraente, in sede di denuncia del sinistro, fornire idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza di una polizza precedente di Tutela Legale.

ART. 21

DENUNCIA DEL SINISTRO E LIBERA SCELTA DEL LEGALE

L'Assicurato deve immediatamente denunciare alla Società o ad ARAG qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza.

In ogni caso deve fare pervenire alla Società o ad ARAG notizia di ogni atto a lui notificato, entro 3 (tre) giorni dalla data della notifica stessa.

L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei propri interessi, iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo alla Società o ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo.

Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, la Società o ARAG lo invita a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale, al quale l'Assicurato deve conferire mandato.

L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con la Società o ARAG.

ART. 22

FORNITURA DEI MEZZI DI PROVA E DEI DOCUMENTI OCCORRENTI ALLA PRESTAZIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa è tenuto a:

- informare immediatamente la Società o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro, nonché indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;
- conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

ART. 23

GESTIONE DEL SINISTRO

Ricevuta la denuncia del sinistro, ARAG si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia. Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al Legale scelto nei termini dell'art. 21 – Denuncia del sinistro e libera scelta del legale.

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale se l'impugnazione presenta possibilità di successo. L'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziaria che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG.

L'eventuale nomina di Periti viene concordata con ARAG.

La Società o ARAG non è responsabile dell'operato di Legali e Periti.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e la Società o ARAG, la decisione può venire demandata, con facoltà di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato. La Società avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

ART. 24

RESTITUZIONE DELLE SPESE ANTICIPATE

L'assicurato è obbligato a restituire le spese che sono state anticipate da ARAG quando ha diritto di recuperarle dalla controparte.

SEZIONE - GARANZIA ASSISTENZA

(sempre operante)

CHI E COSA E' ASSICURATO

ART. 25

PREMESSA - SERVIZIO DI ASSISTENZA

La gestione delle prestazioni di assistenza è stata affidata dalla Società MyAssistance S.r.l - Via Montecuccoli 20/21- 20146 Milano.

Per usufruire di dette prestazioni, indicate al successivo art. 28, il Contraente (o l'Assicurato) deve **contattare** la Struttura Organizzativa - in funzione 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 - ai seguenti recapiti:

- numero verde nazionale gratuito: 800.303.007
- numero telefonico per chiamate dall'estero: 0039.02.303.500.002
- e-mail: retail.groupama@myassistance.it indicando:
- numero di polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede la prestazione.

I recapiti della Struttura Organizzativa sono anche riportati sulla Carta Sanitaria (mod. 250017) che la Società rilascia al Contraente alla stipula del contratto.

In ogni caso, la Società, lasciando invariati la portata ed i limiti delle prestazioni garantite, si riserva la facoltà di affidare il servizio ad altra società di gestione dei servizi di assistenza autorizzata ai termini di legge. In tal caso, verrà prontamente comunicata al Contraente la denominazione di tale società, senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 26

CHI È ASSICURATO

Sono assicurabili la singola persona, gli appartenenti ad un nucleo familiare o i soci di una Contraente Persona Giuridica o il nucleo familiare di un singolo socio della ditta Contraente.

Sono assicurate le persone nominativamente indicate in Polizza (mod. 220003)

ART. 27

PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora al momento della stipula dell'assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V., A.I.D.S. o sindromi correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, l'assicurazione stessa cessa, contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 C.C., senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 28

COSA E' ASSICURATO - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

La Società, per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, nei casi di malattia, infortunio, parto e aborto terapeutico delle persone assicurate, mette a loro disposizione il servizio di assistenza che si realizza attraverso le seguenti prestazioni:

a) Second Opinion

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Struttura Organizzativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero; tale parere, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica, ha finalità esclusivamente informative e non intende modificare l'orientamento del medico curante

b) Medico on line

Qualora, in caso di infortunio o malattia, l'Assicurato non riuscisse a contattare il proprio medico abituale, potrà, mettendosi in comunicazione con la Struttura Organizzativa, essere in contatto con il medico di guardia e ricevere consigli ed indicazioni mediche di carattere generale; la Struttura Organizzativa non fornisce diagnosi o prescrizioni.

La presente prestazione **deve intendersi valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.**

c) Reperimento ed invio di un medico specialista (ginecologo/pediatra/ecc..)

Qualora l'Assicurato abbia necessità di reperire un medico specialista (ginecologo, pediatra, ecc.), anche d'urgenza, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad inviarne presso il domicilio dell'Assicurato uno convenzionato. **Il costo della prestazione, a tariffe agevolate, resta a carico dell'Assicurato o del Contraente.**

d) Invio di un ambulanza

Qualora, in seguito ad un primo contatto telefonico, la Struttura Organizzativa giudicasse indispensabile una visita medica accurata e sempre che non sia reperibile il medico abituale dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà a far trasportare l'Assicurato, tramite ambulanza, presso il più vicino Pronto Soccorso, sostenendo o rimborsando all'Assicurato il relativo costo.

La Struttura Organizzativa organizzerà anche il trasporto tra il primo ospedale e l'eventuale centro medico di riabilitazione e/o il rientro dell'Assicurato dall'ospedale al proprio domicilio in Italia. La decisione medico-operativa sarà a totale discrezione del responsabile medico della Struttura Organizzativa.

Come previsto dalle disposizioni di legge vigenti, la Struttura Organizzativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio di Emergenza 118).

La Struttura Organizzativa potrà organizzare e coordinare l'intervento dell'Unità di Soccorso (Servizio 118), tenendo i contatti con l'Assicurato stesso.

La presente prestazione **deve intendersi valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.**

e) Invio di un medico

Qualora l'Assicurato necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il suo medico curante, la Struttura Organizzativa provvede, dopo che il proprio medico ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati. In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Struttura Organizzativa, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza ad un Pronto Soccorso.

La presente prestazione **deve intendersi valida esclusivamente in Italia e per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.**

f) Prolungamento del soggiorno

Qualora a seguito di ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'estero superiore a 7 giorni, gli accompagnatori dello stesso siano costretti a trattenersi anch'essi all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà alle spese per il loro pernottamento in albergo.

La presente prestazione **opera fino a concorrenza di euro 100,00 per notte e per persona, e con il limite di euro 300,00 per sinistro.**

g) Reperimento di medicinali urgenti

Nel caso in cui l'Assicurato, fuori dal proprio domicilio, non possa disporre per motivi imprevisti di medicinali (registrati in Italia) indispensabili al suo stato di salute, e gli sia impossibile procurarseli in loco od ottenerne di equivalenti, la Struttura Organizzativa provvederà, nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali, all'inoltro a destinazione di detti medicinali. **In ogni caso il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.**

La presente prestazione **deve intendersi valida esclusivamente all'estero.**

h) Trasporto sanitario

Nel caso di ricovero dell'Assicurato, previa consultazione tra la Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, se le strutture dell'istituto di cura dove trovasi l'Assicurato non fossero giudicate adeguate per risolvere la patologia del caso, la Struttura Organizzativa provvederà a trasportare l'Assicurato presso il più vicino istituto di cura in grado di prestare le cure necessarie.

Il trasporto verrà effettuato, secondo la gravità del caso e sotto sorveglianza medica, se necessario, tramite:

- aereo sanitario;
- aereo di linea regolare;
- treno (1ª classe, wagon-lit, cuccetta);
- ambulanza.

La Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato o di un suo familiare, potrà provvedere, nei limiti delle disponibilità del momento, a reperire il luogo di cura attrezzato ed a prenotare il ricovero dell'Assicurato. Al momento della dimissione dell'Assicurato dal luogo di cura, la Struttura Organizzativa provvederà al suo trasporto fino al domicilio.

La presente prestazione opera **fino a concorrenza di euro 2.500,00 per sinistro limitatamente al trasporto da un luogo di cura ad un altro, e fino a concorrenza di**

euro 300,00 per sinistro limitatamente al trasporto dal luogo di cura al domicilio.

i) Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

In caso di trasporto sanitario di cui alla precedente let. h), la Struttura Organizzativa, se richiesto, organizza il viaggio ed il soggiorno (vitto e alloggio) di un familiare o di una persona prescelta dall'Assicurato che funga da accompagnatore a fianco del paziente.

j) Rientro dei figli minori

Qualora, a seguito di ricovero dell'Assicurato, in viaggio ad oltre 100 km dal proprio domicilio con figli minori di anni 12, questi ultimi si trovassero senza un accompagnatore maggiorenne, la Struttura Organizzativa provvederà, su richiesta, all'organizzazione del loro rientro tenendo a proprio carico le relative spese. Se le circostanze lo richiederanno, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un accompagnatore, munito di apposita delega rilasciata dal genitore o da chi ne fa le veci.

l) Rientro anticipato

Nel caso in cui si rendesse indispensabile la presenza dell'Assicurato presso il domicilio in seguito ad infortunio o malattia occorsi ad un suo familiare, anch'egli assicurato, e sempre che sia previsto un ricovero superiore a 48 ore, la Struttura Organizzativa metterà a sua disposizione un biglietto di viaggio dal luogo del soggiorno fino al domicilio.

m) Reperimento di una baby sitter

Nel caso in cui l'Assicurato venga ricoverato in ospedale per un periodo superiore a 3 giorni questi potrà chiedere alla Struttura Organizzativa di reperire ed inviare presso la propria abitazione una baby sitter per accudire i figli minori di anni 12. L'invio della baby sitter avrà luogo nel più breve tempo possibile. La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

n) Informazioni su centri sanitari, strutture mediche e medici

La Struttura Organizzativa sarà a disposizione dell'Assicurato o di uno dei genitori dello stesso per fornire consigli od informazioni riguardo gli istituti di cura ed i medici/pediatri specialisti (in relazione alla patologia da lui segnalata), operanti in Italia ed all'estero, che possano garantire le cure del caso.

La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

o) Monitoraggio del ricovero ospedaliero

Qualora l'Assicurato venga ricoverato, la Struttura Organizzativa, direttamente o attraverso medici/pediatri convenzionati sul posto, sarà a disposizione per favorire lo scambio di informazioni tra i familiari ed i medici/pediatri dell'istituto di cura.

La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 2 volte per anno assicurativo.

p) Interprete all'estero per problemi di salute

In caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'estero, e limitatamente ai Paesi ove esistano propri corrispondenti, la Struttura Organizzativa organizzerà il reperimento di un interprete e la Società se ne assumerà il costo.

La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 5 ore per anno assicurativo e comunque per un massimo di 2 volte per anno assicurativo.

q) Rimpatrio della salma

La Struttura Organizzativa, in caso di decesso dell'Assicurato all'estero causato da infortunio o malattia, provvederà a sue spese alla traslazione del feretro dal luogo di decesso fino al luogo di inumazione in Italia, intendendosi compreso il costo di un feretro, di modello economico, che ne permetta il trasporto. Devono intendersi escluse le spese accessorie di cerimonia, inumazione o cremazione in Italia.

La Struttura Organizzativa organizza, sostenendone la spesa, il ritorno degli altri familiari assicurati od, in mancanza di questi, di una persona ugualmente assicurata, sempre che le suddette persone non possano fare ritorno con i mezzi inizialmente previsti.

Nel caso in cui disposizioni locali impongano una inumazione provvisoria o definitiva sul posto, la Struttura Organizzativa organizzerà a proprie spese il viaggio di andata e ritorno di un familiare dell'Assicurato deceduto (coniuge, ascendente, discendente, fratello, sorella), sempre che una di queste persone non si trovi già sul posto, mettendo a sua disposizione un biglietto di viaggio per recarsi dal suo domicilio in Italia fino al luogo in cui avviene l'inumazione.

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA ASSISTENZA

CONDIZIONE AGGIUNTIVA

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione della relativa lettera)

ART. 29

H - ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Qualora, in seguito a ricovero per infortunio o malattia di almeno 7 giorni, l'Assicurato necessiti di assistenza infermieristica domiciliare, purché prescritta dal medico ospedaliero e/o curante ed entro 15 giorni dalla dimissione stessa, la Struttura Organizzativa provvederà a reperire un infermiere, sostenendo o rimborsando all'Assicurato il relativo costo.

La presente prestazione opera fino a concorrenza di un importo giornaliero massimo di euro 50 per un periodo massimo di 30 giorni per evento.

COSA NON E' ASSICURATO

ART.30

ESCLUSIONI

Ferme le esclusioni previste per le singole garanzie, sono inoltre escluse:

- le prestazioni, o spese, non autorizzate specificatamente dalla Struttura Organizzativa;
- le opere di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;
- i sinistri provocati con dolo dall'Assicurato o dalle persone di cui deve rispondere.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

LIMITI DI COPERTURA

ART. 31

LIMITI TERRITORIALI

Le prestazioni, laddove non diversamente specificato, sono operanti per eventi verificatisi in tutti i Paesi del mondo.

ART. 32

LIMITI DI ESPOSIZIONE

I massimali previsti da ogni singola prestazione di assistenza devono intendersi:

- disponibili per ciascun Assicurato e per ogni sinistro;
- al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge.

L'organizzazione di una delle prestazioni riportate al precedente art. 28 su iniziativa dell'Assicurato o di una terza persona può dar luogo a rimborso solo nel caso in cui la Struttura Organizzativa abbia precedentemente dato il suo accordo sui mezzi da utilizzare. In tal caso, la Struttura Organizzativa fornirà all'Assicurato il numero relativo alla sua pratica.

Limitatamente alla prestazione I) Rientro anticipato, l'esposizione della Struttura Organizzativa deve intendersi complementare a quanto l'Assicurato avrebbe dovuto comunque sostenere per il suo ritorno, quali i costi relativi a biglietti aerei, ferroviari o marittimi, pedaggi, costo di carburante, ecc. che devono pertanto considerarsi a suo carico. In conseguenza di ciò l'Assicurato dovrà consegnare i titoli di trasporto non utilizzati, con la firma di una delega appropriata. La Struttura Organizzativa si incaricherà delle pratiche di rimborso e sarà autorizzata a trattenere le somme ricavate. In difetto, l'Assicurato sarà tenuto, entro tre mesi dal rientro, ad intraprendere le pratiche per il rimborso dei biglietti di viaggio non utilizzati ed a versarne le relative somme alla Struttura Organizzativa. Le eventuali spese sostenute, sempre che autorizzate, saranno rimborsate previa presentazione di validi giustificativi (fatture, certificati, notule).

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA

ART. 33

RICHIESTA DI ASSISTENZA - PRESCRIZIONE

Le prestazioni di assistenza devono essere richieste, telefonicamente od a mezzo fax, nel momento in cui si verifica il sinistro e comunque non oltre 5 giorni dal verificarsi dell'evento che le rende necessarie, direttamente alla Struttura Organizzativa.

Qualora pertanto l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni di assistenza, la Struttura Organizzativa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Qualsiasi diritto nei confronti della Struttura Organizzativa e derivante dal contratto, si prescrive nel termine di due anni a decorrere dalla data in cui si verifica l'evento.

ART.34

LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Struttura Organizzativa non potrà in alcun modo essere ritenuta responsabile dei ritardi od impedimenti nell'esecuzione delle proprie prestazioni di assistenza derivanti da eventi esclusi o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

ART.35

COMUNICAZIONI E VARIAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto sono tenuti devono essere effettuate con lettera raccomandata, salvo quanto previsto al precedente punto b)

DENUNCIA DI SINISTRO

LETTERA-TIPO

Spett.le

GROUPAMA ASSICURAZIONI S.p.A.

Agenzia di

Via

Cap Città

..... li

Oggetto: DENUNCIA DI SINISTRO SU POLIZZA N.

AGENZIA DI

Vi comunico che l'Assicurato/a in data

(precisare quale tra le seguenti ipotesi si è verificata)

- è stato/a ricoverato/a in istituto di cura/Day Hospital per

- ha subito intervento chirurgico senza ricovero per

- è stato/a sottoposto/a alle seguenti visite specialistiche.....

per

- ha effettuato i seguenti accertamenti diagnostici.

per

- gli è stata diagnosticata la seguente malattia invalidante

Allego la seguente documentazione medica e di spesa

Per quant'altro fosse pertinente ed utile all'espletamento della pratica, Vi comunico i seguenti recapiti:

- Abitazione (indirizzo e n. telefonico)

- Luogo di lavoro (indirizzo e n. telefonico)

Cognome e Nome dell'Assicurato

Via n.

C.A.P. Località

In fede (firma)

.....

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE

1341 - Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo. All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893.

1897 - Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

1898 - Aggravamento del rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

1901 - Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto,

l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti.

Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (...)

1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

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

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 492.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



Groupama
Assicurazioni



Groupama
Assicurazioni

SALUTE

QUISICURA SALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Rimborso spese mediche - Forma elite

Documento redatto secondo le linee guida
"Contratti Semplici e Chiari"

CGA

RIMBORSO SPESE MEDICHE FORMA ELITE

CHI E COSA E' ASSICURATO 2

Art. 1	Chi è assicurato	2
Art. 2	Persone non assicurabili	2
Art. 3	Cosa è assicurato - Rimborso spese mediche	2
Art. 4	Check-up di diagnostica preventiva	4
Art. 5	Prevenzione odontoiatrica	5

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA 6

GARANZIA FACOLTATIVE 6

Art. 6	Alta Diagnostica	6
Art. 7	Diagnostica e Specialistica	7

CONDIZIONI SPECIALI 7

Art. 8	Abolizione Indennità sostitutiva	7
Art. 9	I - Garanzia limitata ai soli Interventi chirurgici	7
Art. 10	Franchigia di euro 1.500,00	7
Art. 11	Franchigia di euro 3.000,00	7
Art. 12	D- Massimale per nucleo	8

COME POSSO ASSICURARMI 8

Art. 13	Termini di aspettativa	8
---------	------------------------	---

COSA NON È ASSICURATO 9

Art. 14	Esclusioni	9
Art. 15	Rischi assicurabili con patto speciale	10

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITA' 11

Art. 16	Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro	11
Art. 17	Criteri di erogazione del Rimborso Spese Mediche	11
Art. 18	Criteri di liquidazione del Rimborso Spese Mediche	12
Art. 19	Criteri di liquidazione delle garanzie facoltative	14
Art. 20	Modalità operative nel caso ci si avvalga di Istituti di cura convenzionati	14
Art. 21	Prestazioni eseguite da strutture e medici convenzionati e loro variazione	15
Art. 22	Controversie: Arbitrato Irrituale	15
Art. 23	Pagamento dell'indennizzo	15

GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE FORMA ELITE

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione del relativo massimale)

CHI E COSA E' ASSICURATO

ART. 1

CHI E' ASSICURATO

Sono assicurabili la singola persona, gli appartenenti ad un nucleo familiare o i soci di una Contraente Persona Giuridica o il nucleo familiare di un singolo socio di detta Contraente.

L'Assicurato o gli Assicurati sono nominativamente indicati in Polizza (mod. 22003) con le garanzie rese operanti.

ART. 2

PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora al momento della stipula dell'assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V., A.I.D.S. o sindromi correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, l'assicurazione stessa cessa, contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 C.C., senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 3

COSA E' ASSICURATO - RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società, con massimale annuo illimitato e fermi i limiti di seguito stabiliti e quanto disposto al successivo art. 17, nei casi di:

- ricovero, con o senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio;
- intervento chirurgico senza ricovero, reso necessario da malattia o infortunio;
- parto o aborto terapeutico, comportanti ricovero; garantisce le prestazioni indicate ai paragrafi:
- durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero;
- prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero. La Società garantisce altresì le prestazioni indicate al paragrafo:
- durante il day hospital.

durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici, le protesi e le endoprotesi applicate durante l'intervento;

- b) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio;
- c) rette di degenza;
- d) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura (o in struttura alberghiera in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura pubblico) per un eventuale accompagnatore, con il limite giornaliero di euro 120,00 per un periodo massimo pari alla durata del ricovero;
- e) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
- f) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro, con il limite di euro 2.500,00 per sinistro;
- g) in caso di parto indennizzabile a termini di contratto le spese per:
 - cure, visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio del neonato effettuati nei primi 30 giorni di vita, all'interno dei limiti di indennizzo per il parto previsti al presente articolo;
 - eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite del neonato nel primo anno di vita. Nel caso in cui, trascorso il primo anno di vita e senza soluzione di continuità, il bambino venga assicurato, dietro corresponsione del relativo premio, e la presente garanzia sia stata attivata per l'eliminazione o la correzione di un difetto fisico o di una malformazione congenita, ne viene confermata l'operatività, limitatamente alle sole conseguenze dirette, sino al compimento del terzo anno di età

In caso di ricovero, qualora l'Assicurato non abbia richiesto alla Società alcun rimborso relativo a spese di cui al presente paragrafo "durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero", la Società corrisponde, per ogni giorno di ricovero, un'indennità sostitutiva di euro 200,00 con il massimo di 300 giorni per anno assicurativo. La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come unica giornata.

In caso di parto, la suddetta indennità sostitutiva viene corrisposta per ogni giorno di ricovero della sola madre, indipendentemente dal ricovero di uno o più neonati.

In caso di intervento chirurgico senza ricovero, la suddetta indennità sostitutiva si intende dimezzata.

prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- h) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura, nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero (o la data dell'intervento chirurgico senza ricovero);
- i) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio, acquisto di medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi (effettuati da personale fisioterapico abilitato presso centri fisioterapici e riabilitativi o a domicilio dell'Assicurato), cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) sostenute nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero (o alla data di intervento chirurgico senza ricovero). Qualora il ricovero o l'intervento chi-

urgico subito siano riconducibili a neoplasie maligne, il predetto termine viene esteso ai 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero (o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero) e comprende in garanzia anche le spese sostenute per i relativi trattamenti oncologici necessari;

j) spese per:

- acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche;
- acquisto di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche; effettuate nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico, con il limite di euro 2.500,00 per persona e per anno assicurativo;

k) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per raggiungere l'istituto di cura e per il ritorno al proprio domicilio con il limite di euro 1.500,00 per sinistro;

purché direttamente inerenti la malattia, l'infortunio, il parto o l'aborto terapeutico che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero.

durante il day hospital

In caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che rendano necessarie cure e/o terapie mediche in day hospital, la Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato durante la degenza per:

- l) assistenza medica e infermieristica;
- m) medicinali;
- n) trattamenti oncologici necessari per neoplasie maligne;
- o) rette di degenza;

purché direttamente inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il day hospital.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto alla Società alcun rimborso relativo a spese di cui al presente paragrafo "durante il day hospital", la Società corrisponde un'indennità sostitutiva di euro 100,00.

Per l'insieme di tutte le prestazioni garantite dal presente articolo 3 - Rimborso Spese Mediche, sono operanti i seguenti limiti di indennizzo per persona e per evento:

- euro 3.500,00 per parto senza taglio cesareo (compreso quello fisiologico avvenuto a domicilio);
- euro 7.000,00 per parto con taglio cesareo.

ART. 4

CHECK-UP DI DIAGNOSTICA PREVENTIVA

L'Assicurato di età superiore ai 30 anni può eseguire, presso i centri diagnostici convenzionati, un check-up predefinito in base all'età ed al sesso come di seguito indicato:

Donna tra 31 e 40 anni	Uomo tra 31 e 50 anni
Emocromo completo VES Azotemia	Emocromo completo VES Azotemia

<p>Gamma GT Glicemia Colesterolo totale HDL/LDL Trigliceridi Transaminasi ASL Transaminasi ALT Esame urine completo Sangue occulto nelle feci</p> <p>ECG Ecografia addome completo Pap test Ecografia mammaria</p> <p>Visita medica generale (iniziale/conclusiva)</p>	<p>Gamma GT Glicemia Colesterolo totale HDL/LDL Trigliceridi Transaminasi ASL Transaminasi ALT Esame urine completo Sangue occulto nelle feci</p> <p>ECG Ecografia addome completo Uricemia</p> <p>Visita medica generale (iniziale/conclusiva)</p>
Donna oltre 40 anni	Uomo oltre 50 anni
Quanto sopra previsto con Mammografia in luogo di Ecografia mammaria	Quanto sopra previsto con aggiunta di PSA

Per le suindicate prestazioni, da eseguirsi in un'unica soluzione, la Società effettua il pagamento diretto al centro diagnostico convenzionato.

Per effettuare il check-up l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa (ai recapiti indicati al successivo art. 20) che, previa indicazione del numero di polizza da parte dell'Assicurato, provvederà, in accordo con quest'ultimo, alla prenotazione presso uno dei centri diagnostici convenzionati, in base alle disponibilità degli stessi.

L'Assicurato potrà effettuare i check-up per la prima volta nel corso del secondo anno di vita del contratto e, successivamente, con cadenza triennale e a condizione che risultino pagate le rate di premio antecedenti.

Nulla sarà dovuto dalla Società qualora i check-up non vengano eseguiti nei termini suindicati.

Il primo check-up è totalmente a carico della Società. Per i successivi è prevista l'applicazione di una franchigia di euro 75,00 che rimane a carico dell'Assicurato e che dovrà essere dallo stesso versata al centro diagnostico convenzionato. Tale franchigia non è sottoposta ad indicizzazione come prevista all'art. 11 delle condizioni di assicurazione- Sezione - "Norme comuni a tutte le garanzie - Garanzie Assistenza e Tutela Legale".

Gli esiti del check-up saranno comunicati esclusivamente all'Assicurato.

ART. 5

PREVENZIONE ODONTOIATRICA

L'Assicurato di età superiore ai 25 anni può eseguire, presso gli studi odontoiatrici convenzionati, le prestazioni di prevenzione odontoiatrica di seguito indicate:

- ablazione del tartaro;
- visita odontoiatrica di controllo.

Per le suindicate prestazioni, da eseguirsi in un'unica soluzione, la Società effettua il pagamento diretto agli studi odontoiatrici convenzionati.

Per effettuare le prestazioni l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa (ai recapiti indicati al successivo art. 20) che, previa indicazione del numero di polizza da parte dell'Assicurato, provvederà, in accordo con quest'ultimo, alla prenotazione presso uno degli studi odontoiatrici convenzionati, in base alle disponibilità degli stessi.

L'Assicurato potrà effettuare le prestazioni di prevenzione odontoiatrica per la prima volta nel corso del secondo anno di vita del contratto e, successivamente, con cadenza biennale e a condizione che risultino pagate le rate di premio antecedenti.

Nulla sarà dovuto dalla Società qualora le prestazioni non vengano eseguite nei termini suindicati.

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA GARANZIE FACOLTATIVE

(operanti solo se espressamente richiamate in polizza con indicazione dei relativi massimali)

ART. 6

ALTA DIAGNOSTICA

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di euro 5.000,00 per persona e per anno assicurativo, le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione rese necessarie da malattia o infortunio, effettuate anche in assenza di ricovero o di intervento chirurgico senza ricovero:

- diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.);
- risonanza magnetica nucleare;
- TAC (con o senza mezzo di contrasto);
- PET;
- medicina nucleare (scintigrafia, radionefrogramma, ecc.);
- coronarografia;
- ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.);
- elettrocardiogramma sotto sforzo;
- esami endoscopici (esofago-gastro-duodenoscopia, retto-colonscopia, broncoscopia, cistoscopia, laringoscopia, ecc.).

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato previa detrazione di uno scoperto del 20% e, comunque, con il minimo di euro 75,00 per ogni accertamento diagnostico di cui all'elenco precedente.

Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, sui ticket corrispondenti alle spese di cui sopra non viene applicato lo scoperto.

ART. 7

DIAGNOSTICA E SPECIALISTICA

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di euro 3.000,00 per persona e per anno assicurativo, le spese, rese necessarie da malattia o infortunio, effettuate anche in assenza di ricovero o di intervento chirurgico senza ricovero, sostenute per:

- visite mediche specialistiche;
- accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio.

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato previa detrazione di uno scoperto del 20% e, comunque, con il minimo di euro 75,00 per ogni serie di visite e/o accertamenti pertinenti la stessa malattia o infortunio.

Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, sui ticket corrispondenti alle spese di cui sopra non viene applicato lo scoperto.

CONDIZIONI SPECIALI

(operanti, in deroga a quanto riportato precedentemente, solo se espressamente richiamate in polizza con indicazione della relativa lettera)

ART.8

A - ABOLIZIONE INDENNITÀ SOSTITUTIVA

A parziale deroga dell'art. 3 - Rimborso Spese Mediche, l'indennità sostitutiva ivi prevista non sarà riconosciuta.

ART. 9

I - GARANZIA LIMITATA AI SOLI INTERVENTI CHIRURGICI

A parziale deroga dell'art. 3 - Rimborso Spese Mediche, le prestazioni ivi garantite devono intendersi operanti esclusivamente nel caso di intervento chirurgico, con o senza ricovero, reso necessario da malattia o infortunio.

ART. 10

F1 - FRANCHIGIA EURO 1.500,00

A parziale deroga dell'art. 17 - Modalità di erogazione del Rimborso Spese Mediche, per l'insieme di tutte le prestazioni garantite all'art. 3 - Rimborso Spese Mediche è operante una franchigia di euro 1.500,00.

In caso di pagamento dell'indennità sostitutiva non si procederà all'applicazione di detta franchigia.

Relativamente alle prestazioni dell'art. 3 che prevedono limiti di rimborso, la franchigia opera prima dell'applicazione del limite stesso.

ART.11

F2 - FRANCHIGIA EURO 3.000,00

A parziale deroga dell'art. 17 - Modalità di erogazione del Rimborso Spese Mediche, per l'insieme di tutte le prestazioni garantite all'art. 3 - Rimborso Spese Mediche è operante una franchigia di euro 3.000,00.

In caso di pagamento dell'indennità sostitutiva non si procederà all'applicazione di detta franchigia.

Relativamente alle prestazioni dell'art. 3 che prevedono limiti di rimborso, la franchigia opera prima dell'applicazione del limite stesso.

ART.12

D - MASSIMALE PER NUCLEO

A parziale deroga degli artt. 6 - Alta Diagnostica e 7 - Diagnostica e Specialistica, i massimali ivi indicati devono intendersi operanti come disponibilità **unica per anno assicurativo e per l'insieme di tutte le persone indicate in polizza.**

COME POSSO ASSICURARMI

ART. 13

TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo quanto previsto nelle condizioni di assicurazione - Sezione "Norme Comuni a tutte le garanzie - Garanzie Assistenza e Tutela Legale" - art. 1, le garanzie decorrono:

per gli infortuni

dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;

per le malattie

dal 30° giorno successivo;

per le conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto e/o siano comunque noti al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula, purché dichiarati alla Società e da questa accettati con l'apposito patto speciale previsto all'art. 15

dal 30° giorno successivo;

per gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula

dal 180° giorno successivo;

per il parto

dal 300° giorno successivo.

Si precisa altresì che:

per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, le garanzie sono operanti - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato con la Società riguardante analoghe garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le persone, le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;

- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle diverse persone, alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate.

COSA NON È ASSICURATO

ART. 14

ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- a) conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati, salvo per questi ultimi l'eventuale assicurabilità mediante l'esplicito patto speciale previsto all'art. 15;
- b) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci e/o di alcool, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- c) le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- e) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- f) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative (salvo quanto previsto per i neonati all'art. 3);
- g) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- h) le prestazioni sanitarie e le cure cellululo-tessutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per queste ultime quanto previsto all'art. 3);
- i) le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne eseguiti entro 360 giorni dall'intervento chirurgico demolitivo, purché effettuati durante la validità del contratto);
- j) le prestazioni sanitarie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonché quelle non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- k) le visite odontoiatriche ed ortodontiche e le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto (salvo si tratti di cure rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne e salvo quanto previsto all'art. 3); le protesi dentarie in ogni caso sono escluse;
- l) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi terapeutici, protesici ed ortopedici (salvo quanto previsto all'art. 3);
- m) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
- n) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

- o) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali (salvo per queste ultime quanto previsto all'art. 3), ancorché nell'ambito di istituti di cura;
- p) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- q) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni (salvo che per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche occorsi all'Assicurato al di fuori della Regione ove è fissata la sua residenza);
- r) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per gli infortuni derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero - con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino - in un Paese sino ad allora in pace);
- s) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- t) gli infortuni:
- derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato);
 - avvenuti quando l'Assicurato sia in stato di ubriachezza o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
 - derivanti dalla pratica di sports aerei in genere o dalla partecipazione a gare o corse motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove;
 - derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, scalata di rocce o ghiacciai, salto dal trampolino con sci ed idrosci, sci acrobatico, immersione con autorespiratore;
- u) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero.

Per le diverse persone, le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato alle lettere a) ed f) si applicherà con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

ART. 15

RISCHI ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Fermo quanto previsto all'art. 14, let. a) e fermo restando l'obbligo del Contraente e/o dell'Assicurato di dichiarare alla Società, all'atto della stipula del contratto, gli infortuni, le malattie, i difetti fisici, le malformazioni e gli stati patologici insorti anteriormente, già diagnosticati e/o curati e/o comunque a loro noti al momento della stipula stessa del contratto, l'eventuale assicurazione per le conseguenze

dirette di tali situazioni fisiche e stati patologici preesistenti può essere prestata solo mediante patto speciale, che deve risultare esplicitamente in polizza.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITA'

ART. 16

OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro dieci giorni da quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il decimo giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile. Relativamente all'art. 3 - Rimborso Spese Mediche (per le sole spese sostenute durante il ricovero, l'intervento chirurgico senza ricovero o il day hospital), l'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di istituti di cura convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato, secondo le modalità riportate al successivo art. 20, dalla Struttura Organizzativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro. Successivamente alla denuncia di sinistro, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta, come disposto dal successivo art. 18. L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia conforme della cartella clinica completa e in originale i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

ART. 17

CRITERI DI EROGAZIONE DEL RIMBORSO SPESE MEDICHE

SPESE SOSTENUTE DURANTE IL RICOVERO, L'INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO O IL DAY HOSPITAL

Per le spese sostenute durante il ricovero, l'intervento chirurgico senza ricovero o il day hospital (art. 3, paragrafi "durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero" e "durante il day hospital"), l'Assicurato, fermi i limiti allo stesso articolo stabiliti, potrà:

1. avvalersi di istituti di cura e medici convenzionati;
2. avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati;
3. avvalersi di istituti di cura e medici non convenzionati;
4. utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale;

usufruendo del pagamento diretto o a rimborso da parte della Società, secondo quanto di seguito indicato:

1. Utilizzo di istituti di cura e medici convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero, intervento chirurgico senza ricovero o day hospital ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici convenzionati, la Società paga direttamente all'istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto.

2. Utilizzo di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero, intervento chirurgico senza ricovero o day hospital ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, la Società:

- paga direttamente all'istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto inerenti i soli costi dell'istituto di cura;
- rimborsa integralmente all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto corrisposte dall'Assicurato stesso ai medici non convenzionati, **fino a concorrenza di euro 500.000,00 per sinistro qualora lo stesso sia avvenuto al di fuori di Paesi UE.**

3. Utilizzo di istituti di cura e medici non convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero, intervento chirurgico senza ricovero o day hospital ritenga di avvalersi di istituti di cura e medici non convenzionati, la Società rimborsa integralmente all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, **fino a concorrenza di euro 500.000,00 per sinistro qualora lo stesso sia avvenuto al di fuori di Paesi UE.**

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero, intervento chirurgico senza ricovero o day hospital ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvederà a rimborsare integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, **purché indennizzabili a termini di contratto, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva di cui all'art. 3.**

SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO O L'INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO

Per le spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero (art. 3, paragrafo "prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero"), l'Assicurato dovrà provvedere personalmente al pagamento delle stesse che verranno poi rimborsate integralmente dalla Società, fermi i limiti allo stesso articolo stabiliti.

ART. 18

CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEL RIMBORSO SPESE MEDICHE

SPESE SOSTENUTE DURANTE IL RICOVERO, L'INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO O IL DAY HOSPITAL

1. Utilizzo di istituti di cura e medici convenzionati

Il pagamento che la Società avrà effettuato ad istituti di cura o medici convenzionati, solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto. Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

2. Utilizzo di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

Per i pagamenti direttamente effettuati dalla Società all'istituto di cura vale quanto previsto al precedente punto 1.

Per i pagamenti direttamente effettuati dall'Assicurato ai medici non convenzionati, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire direttamente alla Struttura Organizzativa gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate.

Il rimborso di tali spese verrà effettuato direttamente dalla Struttura Organizzativa con modalità analoghe a quelle previste dal successivo punto 3.

3. Utilizzo di istituti di cura e medici non convenzionati

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato a cura ultimata; l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) alla Società gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate, copia conforme della cartella clinica completa, certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi. Definito il sinistro, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso delle spese sanitarie sostenute, questo avverrà con le modalità previste dal precedente punto 3. del presente articolo. Nel caso in cui, invece, l'Assicurato richieda la corresponsione dell'indennità sostitutiva, egli dovrà far pervenire direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) alla Società copia conforme della cartella clinica completa; inoltre, se richiesto a norma dell'ultimo comma dell'art. 16, dovrà fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità sostitutiva relativa a ricoveri avvenuti all'estero.

SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO O L'INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato a cura ultimata; l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate, copia conforme della cartella clinica completa, certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) a:

- la Struttura Organizzativa, nel caso in cui il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero cui le suddette spese si riferiscono sia avvenuto in un istituto di cura convenzionato;
- la Società, nel caso in cui il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero cui

le suddette spese si riferiscono sia avvenuto in un istituto di cura non convenzionato o presso il Servizio Sanitario Nazionale.

Definito il sinistro, la Società/Struttura Organizzativa restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

ART. 19

CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELLE GARANZIE FACOLTATIVE

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato secondo quanto previsto all'art. 18 punto 3.

ART. 20

MODALITÀ OPERATIVE NEL CASO CI SI AVVALGA DI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI

L'Assicurato che ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati, per usufruire di prestazioni in regime di assistenza diretta, deve:

1. prima del ricovero, contattare la Centrale Operativa - in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 18.00, esclusi i festivi - ai seguenti recapiti:

- numero verde nazionale gratuito: 800.303.007
- numero telefonico per chiamate dall'estero: 0039.02.303.500.002

indicando:

- numero di polizza;
- motivo del ricovero, dell'intervento chirurgico senza ricovero o del day hospital, risultante dalla prescrizione del medico curante;
- luogo e recapito telefonico per i successivi contatti;
- istituto di cura ed eventuali medici convenzionati cui intende rivolgersi.

La prestazione in forma diretta deve essere attivata seguendo le modalità di cui sopra almeno 2 giorni lavorativi prima della data di ricovero concordata dall'Assicurato con la struttura, fatta eccezione per i casi di reale e comprovata emergenza, che dovranno comunque essere comunicati nel più breve tempo possibile.

La Struttura Organizzativa, sulla base delle informazioni ricevute dall'Assicurato, provvederà alla verifica della operatività del pagamento diretto e del diritto alla prestazione, invierà all'istituto di cura convenzionato autorizzazione ad eseguire le prestazioni concordate e ne darà conferma telefonica all'Assicurato stesso.

2. al momento del ricovero:

- presentare la Carta Sanitaria;

3. al momento della dimissione dall'istituto di cura:

- corrispondere l'importo dell'eventuale franchigia pattuita in polizza, nonché eventuali altre spese non indennizzabili a termini di contratto

ART. 21

PRESTAZIONI ESEGUITE DA STRUTTURE E MEDICI CONVENZIONATI E LORO VARIAZIONE

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalle strutture (istituti di cura, centri diagnostici e studi odontoiatrici) e dai medici convenzionati. Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture (istituti di cura, centri diagnostici e studi odontoiatrici) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

La Società, lasciando invariati la portata e i limiti delle condizioni di assicurazione, ha la facoltà di affidare la gestione dei sinistri ad altra società specializzata. In tal caso verrà comunicata al Contraente la nuova società di servizi senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 22

CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire 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 per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

ART. 23

PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo che risulta dovuto, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo stesso entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'avente diritto.

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 492.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



Groupama
Assicurazioni



Groupama
Assicurazioni

SALUTE

QUISICURA SALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Rimborso spese mediche - Forma classica

Documento redatto secondo le linee guida
"Contratti Semplici e Chiari"

CGA

RIMBORSO SPESE MEDICHE FORMA CLASSICA

CHI E COSA E' ASSICURATO	2
Art. 1 Chi è assicurato	2
Art. 2 Persone non assicurabili	2
Art. 3 Cosa è assicurato - Rimborso spese mediche	2
CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA	5
GARANZIE FACOLTATIVE	5
Art. 4 Alta Diagnostica	5
Art. 5 Diagnostica e Specialistica	5
CONDIZIONI SPECIALI	6
Art. 6 A - Abolizione Indennità sostitutiva	6
Art. 7 I - Garanzia limitata ai soli Interventi chirurgici	6
Art. 8 F1 - Franchigia di euro 1.500,00	6
Art. 9 F2 - Franchigia di euro 3.000,00	6
Art. 10 S - Scoperto anche in convenzionamento	6
Art. 11 D - Massimale per nucleo	6
COME POSSO ASSICURARMI	7
Art. 12 Termini di aspettativa	7
COSA NON È ASSICURATO	8
Art. 13 Esclusioni	8
Art. 14 Rischi assicurabili con patto speciale	9
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITA'	10
Art. 15 Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro	10
Art. 16 Criteri di erogazione del Rimborso Spese Mediche	10
Art. 17 Criteri di liquidazione del Rimborso Spese Mediche	11
Art. 18 Criteri di liquidazione delle garanzie facoltative	13
Art. 19 Modalità operative nel caso ci si avvalga di Istituti di cura convenzionati	13
Art. 20 Prestazioni eseguite da strutture e medici convenzionati e loro variazione	14
Art. 21 Controversie: Arbitrato Irrituale	14
Art. 22 Pagamento dell'indennizzo	14

GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE FORMA CLASSICA

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione del relativo massimale)

CHI E COSA E' ASSICURATO

ART. 1

CHI E' ASSICURATO

Sono assicurabili la singola persona, gli appartenenti ad un nucleo familiare o i soci di una Contraente Persona Giuridica o il nucleo familiare di un singolo socio di detta Contraente.

L'Assicurato o gli Assicurati sono nominativamente indicati in Polizza (mod. 22003) con le garanzie rese operanti.

ART. 2

PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora al momento della stipula dell'assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V., A.I.D.S. o sindromi correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, l'assicurazione stessa cessa, contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 C.C., senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 3

COSA E' ASSICURATO - RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società, fino a concorrenza di un massimale annuo di euro 100.000,00 per persona e per anno assicurativo e fermi i limiti di seguito stabiliti e quanto disposto al successivo art. 16, nei casi di:

- ricovero, con o senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio;
- intervento chirurgico senza ricovero, reso necessario da malattia o infortunio;
- parto o aborto terapeutico, comportanti ricovero; garantisce le prestazioni indicate ai paragrafi:
- durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero;
- prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero. La Società garantisce altresì le prestazioni indicate al paragrafo:
- durante il day hospital.

durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di in-

- tervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici, le protesi e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio;
- c) rette di degenza;
- d) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura (o in struttura alberghiera in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura pubblico) per un eventuale accompagnatore, con il limite giornaliero di euro 100,00 per un periodo massimo pari alla durata del ricovero;
- e) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
- f) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro, con il limite di euro 2.500,00 per sinistro;
- g) in caso di parto indennizzabile a termini di contratto le spese per:
- cure, visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio del neonato effettuati nei primi 30 giorni di vita, all'interno dei limiti di indennizzo per il parto previsti al presente articolo;
 - eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite del neonato nel primo anno di vita, nell'ambito del massimale previsto per la madre. Nel caso in cui, trascorso il primo anno di vita e senza soluzione di continuità, il bambino venga assicurato, dietro corresponsione del relativo premio, e la presente garanzia sia stata attivata per l'eliminazione o la correzione di un difetto fisico o di una malformazione congenita, ne viene confermata l'operatività, limitatamente alle sole conseguenze dirette, sino al compimento del terzo anno di età

In caso di ricovero, qualora l'Assicurato non abbia richiesto alla Società alcun rimborso relativo a spese di cui al presente paragrafo "durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero", la Società corrisponde, per ogni giorno di ricovero, un'indennità sostitutiva di euro 150,00 con il massimo di 300 giorni per anno assicurativo. La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come unica giornata.

In caso di parto, la suddetta indennità sostitutiva viene corrisposta per ogni giorno di ricovero della sola madre, indipendentemente dal ricovero di uno o più neonati.

In caso di intervento chirurgico senza ricovero, la suddetta indennità sostitutiva si intende dimezzata.

prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- h) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura, nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero (o la data dell'intervento chirurgico senza ricovero);
- i) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio, acquisto di medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi (effettuati da personale fisio-

terapico abilitato presso centri fisioterapici e riabilitativi o a domicilio dell'Assicurato), cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) sostenute nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero (o alla data di intervento chirurgico senza ricovero). Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico subito siano riconducibili a neoplasie maligne, il predetto termine viene esteso ai 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero (o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero) e comprende in garanzia anche le spese sostenute per i relativi trattamenti oncologici necessari;

j) spese per:

- acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche;
- acquisto di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche; effettuate nei 90 giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico, con il limite di euro 2.500,00 per persona e per anno assicurativo;

k) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per raggiungere l'istituto di cura e per il ritorno al proprio domicilio con il limite di euro 1.500,00 per sinistro;

purché direttamente inerenti la malattia, l'infortunio, il parto o l'aborto terapeutico che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero.

durante il day hospital

In caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che rendano necessarie cure e/o terapie mediche in day hospital, la Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato durante la degenza per:

- l) assistenza medica e infermieristica;
- m) medicinali;
- n) trattamenti oncologici necessari per neoplasie maligne;
- o) rette di degenza;

purché direttamente inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il day hospital.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto alla Società alcun rimborso relativo a spese di cui al presente paragrafo "durante il day hospital", la Società corrisponde un'indennità sostitutiva di euro 75,00.

Per l'insieme di tutte le prestazioni garantite dal presente articolo 3 - Rimborso Spese Mediche, sono operanti i seguenti limiti di indennizzo per persona e per evento:

- euro 2.500,00 per parto senza taglio cesareo (compreso quello fisiologico avvenuto a domicilio);
- euro 5.000,00 per parto con taglio cesareo;
- euro 5.000,00 per appendiciti, varici, emorroidi, adenoiditi, tonsilliti, solo in caso di intervento chirurgico avvenuto utilizzando istituti di cura e/o medici non convenzionati.

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA GARANZIE FACOLTATIVE

(operanti solo se espressamente richiamate in polizza con indicazione dei relativi massimali)

ART. 4

ALTA DIAGNOSTICA

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di euro 3.000,00 per persona e per anno assicurativo, le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione rese necessarie da malattia o infortunio, effettuate anche in assenza di ricovero o di intervento chirurgico senza ricovero:

- diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.);
- risonanza magnetica nucleare;
- TAC (con o senza mezzo di contrasto);
- PET;
- medicina nucleare (scintigrafia, radionefrogramma, ecc.);
- coronarografia;
- ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.);
- elettrocardiogramma sotto sforzo;
- esami endoscopici (esofago-gastro-duodenoscopia, retto-colonscopia, broncoscopia, cistoscopia, laringoscopia, ecc.).

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato previa detrazione di uno scoperto del 20% e, comunque, con il minimo di euro 75,00 per ogni accertamento diagnostico di cui all'elenco precedente.

Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, sui ticket corrispondenti alle spese di cui sopra non viene applicato lo scoperto.

ART. 5

DIAGNOSTICA E SPECIALISTICA

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di euro 1.500,00 per persona e per anno assicurativo, le spese, rese necessarie da malattia o infortunio, effettuate anche in assenza di ricovero o di intervento chirurgico senza ricovero, sostenute per:

- visite mediche specialistiche;
- accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio.

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato previa detrazione di uno scoperto del 20% e, comunque, con il minimo di euro 75,00 per ogni serie di visite e/o accertamenti pertinenti la stessa malattia o infortunio.

Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, sui ticket corrispondenti alle spese di cui sopra non viene applicato lo scoperto.

CONDIZIONI SPECIALI

(operanti, in deroga a quanto riportato precedentemente, solo se espressamente richiamate in polizza con indicazione della relativa lettera)

ART. 6

A - ABOLIZIONE INDENNITÀ SOSTITUTIVA

A parziale deroga dell'art. 3 - Rimborso Spese Mediche, l'indennità sostitutiva ivi prevista non sarà riconosciuta.

ART. 7

I - GARANZIA LIMITATA AI SOLI INTERVENTI CHIRURGICI

A parziale deroga dell'art. 3 - Rimborso Spese Mediche, le prestazioni ivi garantite devono intendersi operanti esclusivamente nel caso di intervento chirurgico, con o senza ricovero, reso necessario da malattia o infortunio.

ART. 8

F1 - FRANCHIGIA EURO 1.500,00

A parziale deroga dell'art. 16 - Criteri di erogazione del Rimborso Spese Mediche, per l'insieme di tutte le prestazioni garantite all'art. 3 - Rimborso Spese Mediche è operante una franchigia di euro 1.500,00.

In caso di pagamento dell'indennità sostitutiva non si procederà all'applicazione di detta franchigia.

Relativamente alle prestazioni dell'art. 3 che prevedono limiti di rimborso, la franchigia opera prima dell'applicazione del limite stesso.

ART. 9

F2 - FRANCHIGIA EURO 3.000,00

A parziale deroga dell'art. 16 - Modalità di erogazione del Rimborso Spese Mediche, per l'insieme di tutte le prestazioni garantite all'art. 3 - Rimborso Spese Mediche è operante una franchigia di euro 3.000,00.

In caso di pagamento dell'indennità sostitutiva non si procederà all'applicazione di detta franchigia.

Relativamente alle prestazioni dell'art. 3 che prevedono limiti di rimborso, la franchigia opera prima dell'applicazione del limite stesso.

ART. 10

S - SCOPERTO ANCHE IN CONVENZIONAMENTO

A parziale deroga dell'art. 16 - Modalità di erogazione del Rimborso Spese Mediche, lo scoperto ivi previsto deve intendersi operante anche qualora l'Assicurato si avvalga di istituti di cura e/o medici convenzionati.

ART. 11

D - MASSIMALE PER NUCLEO

A parziale deroga degli artt. 3 - Rimborso Spese Mediche, 4 - Alta Diagnostica e 5 - Diagnostica e Specialistica, i massimali ivi indicati devono intendersi operanti come disponibilità unica per anno assicurativo e per l'insieme di tutte le persone indicate in polizza.

COME POSSO ASSICURARMI

ART. 12

TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo quanto previsto nelle condizioni di assicurazione - Sezione "Norme Comuni a tutte le garanzie - Garanzie Assistenza e Tutela Legale" - art. 1, le garanzie decorrono:

per gli infortuni

dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;

per le malattie

dal 30° giorno successivo;

per le conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto e/o siano comunque noti al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula, purché dichiarati alla Società e da questa accettati con l'apposito patto speciale previsto all'art. 14

dal 30° giorno successivo;

per gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula

dal 180° giorno successivo;

per il parto

dal 300° giorno successivo.

Si precisa altresì che:

per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, le garanzie sono operanti - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato con la Società riguardante analoghe garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le persone, le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;

- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle diverse persone, alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate.

COSA NON È ASSICURATO

ART. 13

ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- a) conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati, salvo per questi ultimi l'eventuale assicurabilità mediante l'esplicito patto speciale previsto all'art. 14;
- b) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci e/o di alcool, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- c) le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- e) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- f) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative (salvo quanto previsto per i neonati all'art. 3);
- g) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- h) le prestazioni sanitarie e le cure cellululo-tessutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per queste ultime quanto previsto all'art. 3);
- i) le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne eseguiti entro 360 giorni dall'intervento chirurgico demolitivo, purché effettuati durante la validità del contratto);
- j) le prestazioni sanitarie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonché quelle non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- k) le visite odontoiatriche ed ortodontiche e le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto (salvo si tratti di cure rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne e salvo quanto previsto all'art. 3); le protesi dentarie in ogni caso sono escluse;
- l) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi terapeutici, protesici ed ortopedici (salvo quanto previsto all'art. 3);
- m) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
- n) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- o) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali

- (salvo per queste ultime quanto previsto all'art. 3), ancorché nell'ambito di istituti di cura;
- p) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- q) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni (salvo che per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche occorsi all'Assicurato al di fuori della Regione ove è fissata la sua residenza);
- r) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per gli infortuni derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero - con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino - in un Paese sino ad allora in pace);
- s) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- t) gli infortuni:
- derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato);
 - avvenuti quando l'Assicurato sia in stato di ubriachezza o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
 - derivanti dalla pratica di sports aerei in genere o dalla partecipazione a gare o corse motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove;
 - derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, scalata di rocce o ghiacciai, salto dal trampolino con sci ed idrosci, sci acrobatico, immersione con autorespiratore;
- u) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero.

Per le diverse persone, le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato alle lettere a) ed f) si applicherà con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

ART. 14

RISCHI ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Fermo quanto previsto all'art.13, let. a) e fermo restando l'obbligo del Contraente e/o dell'Assicurato di dichiarare alla Società, all'atto della stipula del contratto, gli infortuni, le malattie, i difetti fisici, le malformazioni e gli stati patologici insorti anteriormente, già diagnosticati e/o curati e/o comunque a loro noti al momento della stipula stessa del contratto, l'eventuale assicurazione per le conseguenze dirette di tali situazioni fisiche e stati patologici preesistenti può essere prestata solo mediante patto speciale, che deve risultare esplicitamente in polizza.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITA'

ART. 15

OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro dieci giorni da quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il decimo giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Relativamente all'art. 3 - Rimborso Spese Mediche (per le sole spese sostenute durante il ricovero, l'intervento chirurgico senza ricovero o il day hospital), l'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di istituti di cura convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato, secondo le modalità riportate al successivo art. 19, dalla Struttura Organizzativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro.

Successivamente alla denuncia di sinistro, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta, come disposto dal successivo articolo 17.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia conforme della cartella clinica completa e in originale i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

ART. 16

CRITERI DI EROGAZIONE DEL RIMBORSO SPESE MEDICHE

SPESE SOSTENUTE DURANTE IL RICOVERO, L'INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO O IL DAY HOSPITAL

Per le spese sostenute durante il ricovero, l'intervento chirurgico senza ricovero o il day hospital (art. 3, paragrafi "durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero" e "durante il day hospital"), l'Assicurato, fermi i limiti allo stesso articolo stabiliti, potrà:

1. avvalersi di istituti di cura e medici convenzionati;
2. avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati;
3. avvalersi di istituti di cura e medici non convenzionati;
4. utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale;

usufruendo del pagamento diretto o a rimborso da parte della Società, secondo quanto di seguito indicato:

1. Utilizzo di istituti di cura e medici convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero, intervento chirurgico senza ricovero o day hospital ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici convenzionati, la Società paga direttamente all'istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto.

2. Utilizzo di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero, intervento chirurgico senza ricovero o day hospital ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, la Società:

- paga direttamente all'istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto inerenti i soli costi dell'istituto di cura;
- rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto corrisposte dall'Assicurato stesso ai medici non convenzionati, **previa detrazione di uno scoperto del 20% con il minimo di euro 1.000,00 ed il massimo di euro 10.000,00 per sinistri avvenuti nei territori di Paesi UE e di euro 20.000,00 per sinistri avvenuti al di fuori di Paesi UE.**

3. Utilizzo di istituti di cura e medici non convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero, intervento chirurgico senza ricovero o day hospital ritenga di avvalersi di istituti di cura e medici non convenzionati, la Società rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, **previa detrazione di uno scoperto del 20% con il minimo di euro 1.000,00 ed il massimo di euro 10.000,00 per sinistri avvenuti nei territori di Paesi UE e di euro 20.000,00 per sinistri avvenuti al di fuori di Paesi UE.**

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero, intervento chirurgico senza ricovero o day hospital ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvederà a rimborsare integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, **purché indennizzabili a termini di contratto, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva di cui all'art. 3.**

SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO O L'INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO

Per le spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero (art. 3, paragrafo "prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero"), l'Assicurato dovrà provvedere personalmente al pagamento delle stesse che verranno poi rimborsate integralmente dalla Società, entro il limite del massimale disponibile e fermi i limiti allo stesso articolo stabiliti.

ART. 17

CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEL RIMBORSO SPESE MEDICHE

SPESE SOSTENUTE DURANTE IL RICOVERO, L'INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO O IL DAY HOSPITAL

1. Utilizzo di istituti di cura e medici convenzionati

Il pagamento che la Società avrà effettuato ad istituti di cura o medici convenzionati, solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

2. Utilizzo di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

Per i pagamenti direttamente effettuati dalla Società all'istituto di cura vale quanto previsto al precedente punto 1.

Per i pagamenti direttamente effettuati dall'Assicurato ai medici non convenzionati, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire direttamente alla Struttura Organizzativa gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate.

Il rimborso di tali spese verrà effettuato direttamente dalla Struttura Organizzativa con modalità analoghe a quelle previste dal successivo punto 3.

3. Utilizzo di istituti di cura e medici non convenzionati

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato a cura ultimata; l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) alla Società gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate, copia conforme della cartella clinica completa, certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi. Definito il sinistro, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero il rimborso viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso delle spese sanitarie sostenute, questo avverrà con le modalità previste dal precedente punto 3. del presente articolo. Nel caso in cui, invece, l'Assicurato richieda la corresponsione dell'indennità sostitutiva, egli dovrà far pervenire direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) alla Società copia conforme della cartella clinica completa; inoltre, se richiesto a norma dell'ultimo comma dell'art. 16, dovrà fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità sostitutiva relativa a ricoveri avvenuti all'estero.

SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO O L'INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato a cura ultimata; l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate, copia conforme della cartella clinica completa, certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) a:

- la Struttura Organizzativa, nel caso in cui il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero cui le suddette spese si riferiscono sia avvenuto in un istituto di cura convenzionato;

- la Società, nel caso in cui il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero cui le suddette spese si riferiscono sia avvenuto in un istituto di cura non convenzionato o presso il Servizio Sanitario Nazionale.

Definito il sinistro, la Società/Struttura Organizzativa restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

ART. 18

CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELLE GARANZIE FACOLTATIVE

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato secondo quanto previsto all'art. 17 punto 3.

ART. 19

MODALITÀ OPERATIVE NEL CASO CI SI AVVALGA DI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI

L'Assicurato che ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati, per usufruire di prestazioni in regime di assistenza diretta, deve:

1. prima del ricovero, contattare la Centrale Operativa - in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 18.00, esclusi i festivi - ai seguenti recapiti:

- numero verde nazionale gratuito: 800.303.007
- numero telefonico per chiamate dall'estero: 0039.02.303.500.002

indicando:

- numero di polizza;
- motivo del ricovero, dell'intervento chirurgico senza ricovero o del day hospital, risultante dalla prescrizione del medico curante;
- luogo e recapito telefonico per i successivi contatti;
- istituto di cura ed eventuali medici convenzionati cui intende rivolgersi.

La prestazione in forma diretta deve essere attivata seguendo le modalità di cui sopra almeno 2 giorni lavorativi prima della data di ricovero concordata dall'Assicurato con la struttura, fatta eccezione per i casi di reale e comprovata emergenza, che dovranno comunque essere comunicati nel più breve tempo possibile.

La Struttura Organizzativa, sulla base delle informazioni ricevute dall'Assicurato, provvederà alla verifica della operatività del pagamento diretto e del diritto alla prestazione, invierà all'istituto di cura convenzionato autorizzazione ad eseguire le prestazioni concordate e ne darà conferma telefonica all'Assicurato stesso.

2. al momento del ricovero:

- presentare la Carta Sanitaria;

3. al momento della dimissione dall'istituto di cura:

- corrispondere l'importo dell'eventuale franchigia pattuita in polizza, nonché eventuali altre spese non indennizzabili a termini di contratto

ART. 20

PRESTAZIONI ESEGUITE DA STRUTTURE E MEDICI CONVENZIONATI E LORO VARIAZIONE

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalle strutture (istituti di cura, centri diagnostici e studi odontoiatrici) e dai medici convenzionati. Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture (istituti di cura, centri diagnostici e studi odontoiatrici) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

La Società, lasciando invariati la portata e i limiti delle condizioni di assicurazione, ha la facoltà di affidare la gestione dei sinistri ad altra società specializzata. In tal caso verrà comunicata al Contraente la nuova società di servizi senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 21

CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire 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 per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

ART. 22

PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo che risulta dovuto, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo stesso entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'avente diritto.

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 492.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



Groupama
Assicurazioni



Groupama
Assicurazioni

SALUTE

QUISICURA SALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Rimborso spese mediche - Forma speciale

Documento redatto secondo le linee guida
"Contratti Semplici e Chiari"

CGA

RIMBORSO SPESE MEDICHE FORMA SPECIALE

CHI E COSA E' ASSICURATO	2
Art. 1 Chi è assicurato	2
Art. 2 Persone non assicurabili	2
Art. 3 Cosa è assicurato - Rimborso spese mediche	2
CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA	4
GARANZIA FACOLTATIVA	4
Art. 4 Alta Diagnostica	4
CONDIZIONE AGGIUNTIVA	4
Art. 5 E - estensione ai gravi eventi morbosi	4
CONDIZIONE SPECIALE	4
Art. 6 D- Massimale per nucleo	4
COME POSSO ASSICURARMI	5
Art. 7 Termini di aspettativa	5
COSA NON È ASSICURATO	5
Art. 8 Esclusioni	5
Art. 9 Rischi assicurabili con patto speciale	7
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITA'	7
Art. 10 Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro	7
Art. 11 Modalità operative nel caso ci si avvalga di Istituti di cura convenzionati	8
Art. 12 Criteri di erogazione del Rimborso Spese Mediche	9
Art. 13 Criteri di liquidazione del Rimborso Spese Mediche	10
Art. 14 Criteri di liquidazione delle garanzie facoltative	11
Art. 15 Prestazioni eseguite da strutture e medici convenzionati e loro variazione	11
Art. 16 Controversie: Arbitrato Irrituale	11
Art. 17 Pagamento dell'indennizzo	12
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	13
ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI	16
MODULO DI RICHIESTA PRESTAZIONE IN NETWORK	17

GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE FORMA SPECIALE

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione del relativo massimale)

CHI E COSA E' ASSICURATO

ART. 1

CHI E' ASSICURATO

Sono assicurabili la singola persona, gli appartenenti ad un nucleo familiare o i soci di una Contraente Persona Giuridica o il nucleo familiare di un singolo socio della ditta Contraente.

Sono assicurate le persone nominativamente indicate in Polizza (mod. 220003)

ART. 2

PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora al momento della stipula dell'assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V., A.I.D.S. o sindromi correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, l'assicurazione stessa cessa, contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 C.C., senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 3

COSA E' ASSICURATO - RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società, con massimale annuo illimitato e fermi i limiti di seguito stabiliti e quanto disposto al successivo art. 12, in caso di:

- grande intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio; garantisce le prestazioni indicate ai paragrafi:
- durante il ricovero;
- prima e dopo il ricovero.

durante il ricovero

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici, le protesi e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio;
- c) rette di degenza;

- d) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura (o in struttura alberghiera in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura pubblico) per un eventuale accompagnatore, con il limite giornaliero di € 120,00 per un periodo massimo pari alla durata del ricovero;
- e) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
- f) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro con il limite di euro 2.500,00 per sinistro;

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto alla Società alcun rimborso relativo a spese di cui al presente paragrafo "durante il ricovero", la Società corrisponde, per ogni giorno di ricovero, un'indennità sostitutiva di euro 200,00 con il massimo di 300 giorni per anno assicurativo.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come unica giornata.

prima e dopo il ricovero

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- g) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura, nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero;
- h) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio, acquisto di medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi (effettuati da personale fisioterapico abilitato presso centri fisioterapici e riabilitativi o a domicilio dell'Assicurato), cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) sostenute nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero. Qualora il grande intervento chirurgico subito sia riconducibile a neoplasie maligne, il predetto termine viene esteso ai 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero e comprende in garanzia anche le spese sostenute per i relativi trattamenti oncologici necessari;
- i) spese per:
 - acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche;
 - acquisto di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche; effettuate nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico, con il limite di euro 2.500,00 per persona e per anno assicurativo;
- j) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per raggiungere l'istituto di cura e per il ritorno al proprio domicilio con il limite di euro 1.500,00 per sinistro;

purché direttamente inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il grande intervento chirurgico.

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA GARANZIA FACOLTATIVA

(operanti solo se espressamente richiamate in polizza con indicazione del relativo massimale)

ART. 4

ALTA DIAGNOSTICA

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di euro 5.000,00 per persona e per anno assicurativo, le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione rese necessarie da malattia o infortunio, effettuate anche in assenza di grande intervento chirurgico:

- diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.);
- risonanza magnetica nucleare;
- TAC (con o senza mezzo di contrasto);
- PET;
- medicina nucleare (scintigrafia, radionefrogramma, ecc.);
- coronarografia;
- ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.);
- elettrocardiogramma sotto sforzo;
- esami endoscopici (esofago-gastro-duodenoscopia, retto-colonscopia, broncoscopia, cistoscopia, laringoscopia, ecc.).

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato previa detrazione di uno scoperto del 20% e, comunque, con il minimo di EURO 75,00 per ogni accertamento diagnostico di cui all'elenco precedente.

Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, sui ticket corrispondenti alle spese di cui sopra non viene applicato lo scoperto.

CONDIZIONE AGGIUNTIVA

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione della relativa lettera)

ART. 5

E - ESTENSIONE AI GRAVI EVENTI MORBOSI

Ad integrazione dell'art. 3 - Rimborso Spese Mediche, le prestazioni ivi garantite devono intendersi operanti anche in caso di ricovero dovuto a gravi eventi morbosi.

CONDIZIONE SPECIALE

(operanti, in deroga a quanto riportato precedentemente, solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione della relativa lettera)

ART. 6

D - MASSIMALE PER NUCLEO

A parziale deroga dell'art. 4 - Alta Diagnostica, il massimale ivi indicato deve intendersi operante come disponibilità unica per anno assicurativo e per l'insieme di tutte le persone indicate in polizza.

COME POSSO ASSICURARMI

ART. 7

TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo quanto previsto nelle condizioni di assicurazione - Sezione "Norme Comuni a tutte le garanzie - Garanzie Assistenza e Tutela Legale" - art. 1, le garanzie decorrono:

per gli infortuni
dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;

per le malattie
dal 30° giorno successivo;

per le conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto e/o siano comunque noti al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula, purché dichiarati alla Società e da questa accettati con l'apposito patto speciale previsto all'art. 9
dal 30° giorno successivo;

per gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula
dal 180° giorno successivo;

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato con la Società riguardante analoghe garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate.

COSA NON È ASSICURATO

ART. 8

ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- a) conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati, salvo per questi ultimi l'eventuale assicurabilità mediante l'esplicito patto speciale previsto all'art. 9;

- b) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci e/o di alcool, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- c) le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- e) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- f) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative;
- g) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- h) le prestazioni sanitarie e le cure cellululo-tessutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per queste ultime quanto previsto all'art. 3);
- i) le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne eseguiti entro 360 giorni dall'intervento chirurgico demolitivo, purché effettuati durante la validità del contratto);
- j) le prestazioni sanitarie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonché quelle non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- k) le visite odontoiatriche ed ortodontiche e le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto (salvo si tratti di cure rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne); le protesi dentarie in ogni caso sono escluse;
- l) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi terapeutici, protesici ed ortopedici (salvo quanto previsto all'art. 3);
- m) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
- n) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- o) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali (salvo per queste ultime quanto previsto all'art. 3), ancorché nell'ambito di istituti di cura;
- p) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- q) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni (salvo che per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche occorsi all'Assicurato al di fuori della Regione ove è fissata la sua residenza);
- r) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per gli infortuni derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero - con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino - in un Paese sino ad allora in pace);
- s) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fis-

sione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);

t) gli infortuni:

- derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato);
- avvenuti quando l'Assicurato sia in stato di ubriachezza o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- derivanti dalla pratica di sports aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove;
- derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, scalata di rocce o ghiacciai, salto dal trampolino con sci ed idrosci, sci acrobatico, immersione con autorespiratore;

u) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero.

Per le diverse persone, le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato alle lettere a) ed f) si applicherà con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

ART. 9

RISCHI ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Fermo quanto previsto all'art. 8, let. a) e fermo restando l'obbligo del Contraente e/o dell'Assicurato di dichiarare alla Società, all'atto della stipula del contratto, gli infortuni, le malattie, i difetti fisici, le malformazioni e gli stati patologici insorti anteriormente, già diagnosticati e/o curati e/o comunque a loro noti al momento della stipula stessa del contratto, l'eventuale assicurazione per le conseguenze dirette di tali situazioni fisiche e stati patologici preesistenti può essere prestata solo mediante patto speciale, che deve risultare esplicitamente in polizza.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITA'

ART. 10

OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro dieci giorni da quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il decimo giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Relativamente all'art. 3 - Rimborso Spese Mediche (per le sole spese sostenute durante il ricovero), l'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di istituti

di cura convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato, secondo le modalità riportate al successivo art. 11, dalla Struttura Organizzativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro.

Successivamente alla denuncia di sinistro, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta, come disposto dal successivo articolo 13.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia conforme della cartella clinica completa, e in originale i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

ART. 11

MODALITÀ OPERATIVE NEL CASO CI SI AVVALGA DI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI

L'Assicurato che ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati deve:

1. prima del ricovero, contattare la Struttura Organizzativa - in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 18.00, esclusi i festivi - ai seguenti recapiti:

- numero verde nazionale gratuito: 800.303.007
- numero telefonico per chiamate dall'estero: 0039.02.303.500.002
- e-mail: retail.groupama@myassistance.it

indicando:

- numero di polizza;
- motivo del ricovero risultante dalla prescrizione del medico curante;
- luogo e recapito telefonico per i successivi contatti;
- istituto di cura ed eventuali medici convenzionati cui intende rivolgersi.

La prestazione in forma diretta si attiva mediante invio via fax del Modulo di richiesta prestazione in Network (disponibile sul sito www.myassistance.it e riprodotto alla pag. 16 delle presenti condizioni di assicurazione) alla Struttura Organizzativa almeno 2 giorni lavorativi prima della data di ricovero concordata dall'Assicurato con la struttura, fatta eccezione per i casi di reale e comprovata emergenza, che dovranno comunque essere comunicati nel più breve tempo possibile.

La Struttura Organizzativa, sulla base delle informazioni ricevute dall'Assicurato, provvederà alla verifica della operatività del pagamento diretto e del diritto alla prestazione, invierà all'istituto di cura convenzionato autorizzazione ad eseguire le prestazioni concordate e ne darà conferma telefonica all'Assicurato stesso.

2. al momento del ricovero:

- presentare la Carta Sanitaria;

3. al momento della dimissione dall'istituto di cura:

- corrispondere l'importo dell'eventuale franchigia pattuita in polizza, nonché eventuali altre spese non indennizzabili a termini di contratto.

ART. 12

CRITERI DI EROGAZIONE DEL RIMBORSO SPESE MEDICHE

SPESE SOSTENUTE DURANTE IL RICOVERO

Per le spese sostenute durante il ricovero (art. 3, paragrafo “durante il ricovero”), l’Assicurato, fermi i limiti allo stesso articolo stabiliti, potrà:

1. avvalersi di istituti di cura e medici convenzionati;
2. avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati;
3. avvalersi di istituti di cura e medici non convenzionati;
4. utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale;

usufruendo del pagamento diretto o a rimborso da parte della Società, secondo quanto di seguito indicato:

1. Utilizzo di istituti di cura e medici convenzionati

Qualora l’Assicurato in caso di grande intervento chirurgico ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici convenzionati, la Società paga direttamente all’istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto.

2. Utilizzo di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

Qualora l’Assicurato in caso di grande intervento chirurgico ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, la Società:

- paga direttamente all’istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto inerenti i soli costi dell’istituto di cura;
- rimborsa integralmente all’Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto corrisposte dall’Assicurato stesso ai medici non convenzionati, fino a concorrenza di euro 500.000,00 per sinistro qualora lo stesso sia avvenuto al di fuori di Paesi UE.

3. Utilizzo di istituti di cura e medici non convenzionati

Qualora l’Assicurato in caso di grande intervento chirurgico ritenga di avvalersi di istituti di cura e medici non convenzionati, la Società rimborsa integralmente all’Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, fino a concorrenza di euro 500.000,00 per sinistro qualora lo stesso sia avvenuto al di fuori di Paesi UE.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l’Assicurato in caso di grande intervento chirurgico ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvederà a rimborsare integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell’Assicurato, purché indennizzabili a termini di contratto, sempre che l’Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l’erogazione dell’indennità sostitutiva di cui all’art. 3.

SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO

Per le spese sostenute prima e dopo il ricovero (art. 3, paragrafo “prima e dopo il ricovero”), l’Assicurato dovrà provvedere personalmente al pagamento delle stesse che verranno poi rimborsate integralmente dalla Società, fermi i limiti allo stesso articolo stabiliti.

ART. 13

CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEL RIMBORSO SPESE MEDICHE

SPESE SOSTENUTE DURANTE IL RICOVERO

1. Utilizzo di istituti di cura e medici convenzionati

Il pagamento che la Società avrà effettuato ad istituti di cura o medici convenzionati, solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

2. Utilizzo di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

Per i pagamenti direttamente effettuati dalla Società all'istituto di cura vale quanto previsto al precedente punto 1.

Per i pagamenti direttamente effettuati dall'Assicurato ai medici non convenzionati, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire direttamente alla Struttura Organizzativa gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate.

Il rimborso di tali spese verrà effettuato direttamente dalla Struttura Organizzativa con modalità analoghe a quelle previste dal successivo punto 3.

3. Utilizzo di istituti di cura e medici non convenzionati

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato a cura ultimata; l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) alla Società gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate, copia conforme della cartella clinica completa, certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi.

Definito il sinistro, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso delle spese sanitarie sostenute, questo avverrà con le modalità previste dal precedente punto 3. del presente articolo.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato richieda la corresponsione dell'indennità sostitutiva, egli dovrà far pervenire direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) alla Società copia conforme della cartella clinica completa; inoltre, se richiesto a norma dell'ultimo comma dell'art. 10, dovrà fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità sostitutiva relativa a ricoveri avvenuti all'estero.

SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato a cura ultimata; l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate, copia conforme della cartella clinica completa, certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) a:

- la Struttura Organizzativa, nel caso in cui il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero cui e suddette spese si riferiscono sia avvenuto in un istituto di cura convenzionato;
- la Società, nel caso in cui il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero cui le suddette spese si riferiscono sia avvenuto in un istituto di cura non convenzionato o presso il Servizio Sanitario Nazionale.

Definito il sinistro, la Società/Struttura Organizzativa restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

ART. 14

CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELLE GARANZIE FACOLTATIVE

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato secondo quanto previsto all'art. 13 punto 3.

ART. 15

PRESTAZIONI ESEGUITE DA ISTITUTI DI CURA E MEDICI CONVENZIONATI E LORO VARIAZIONE

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dagli istituti di cura e dai medici convenzionati. Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente agli istituti di cura ed ai medici che hanno prestatato i servizi richiesti. La Società, lasciando invariati la portata e i limiti delle condizioni di assicurazione, ha la facoltà di affidare la gestione dei sinistri ad altra società specializzata. In tal caso verrà comunicata al Contraente la nuova società di servizi senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 16

CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire 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 per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

ART.17

PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo che risulta dovuto, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo stesso entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'avente diritto.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA

- Bypass aorto-coronarico
- Pericardiectomia parziale o totale
- Atriosestostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Correzione di coartazione aortica
- Correzione totale di anomalie congenite del cuore
- Derivazione aortopolmonare
- Interventi a cuore aperto
- Interventi di sostituzione valvolare
- Interventi per fistole arterovenose del polmone

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Resezione dell'esofago cervicale
- Timectomia per via cervicale

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi, ascessi o per correzione di altre condizioni patologiche endocraniche per via craniotomia
- Emisferectomia - lobectomia
- Interventi endorachidei, per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni meningomidollari
- Interventi per derivazione liquorale diretta e indiretta
- Interventi sull'ipofisi
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Operazioni per encefalocele o meningocele
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Interventi sulla ghiandola pineale
- Interventi sul talamo o sul globo pallido

ESOFAGO

- Esofagoplastica
- Interventi sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Interventi sull'esofago per tumori maligni: resezioni parziali basse - alte - totali
- Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale
- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia
- Correzione di palatoschisi

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche maggiori
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari

GINECOLOGIA

- Vulvectomia allargata
- Isterectomia radicale per via addominale per neoplasia maligna
- Mastectomia radicale

ORTOPEDIA

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Sostituzione totale di una delle seguenti articolazioni: anca, ginocchio, tibiotar-sica, polso, spalla, gomito
- Amputazione di tumori ossei e forme pseudo tumorali vertebrali
- Artrodesi vertebrale per via anteriore o per spondilolistesi
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Osteosintesi vertebrale
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Ricostruzione del pollice in microchirurgia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Faringo-laringectomia
- Laringectomia totale
- Asportazione dei tumori maligni delle cavità nasali e dei seni paranasali
- Exeresi di neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Orecchio: antro-atticotomia
- Resezione e plastiche tracheali per neoplasie maligne

PANCREAS - MILZA

- Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
- Pancreasectomia parziale o totale
- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi per fistole pancreatiche
- Derivazioni pancreato-Wirsung-digestive
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Interventi per atresia dell'ano
- Intervento per atresia congenita dell'esofago.
- Cisti e tumori del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpa-toblastoma)
 - Fistola congenita dell'esofago
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhalen o Swenson
- Interventi di resezione per megauretere
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Interventi correttivi per palatoschisi

INTESTINO

- Colectomia totale
- Procto-colectomia con confezione di "reservoir"
- Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali.

RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addomino-perineale

STOMACO - DUODENO

- Gastrectomia totale per neoplasia maligna
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica

TORACE E CHIRURGIA TORACICA

- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Pneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Lobectomia
- Toracoplastica totale
- Timectomia per via toracica

UROLOGIA

- Cistectomia totale
- Intervento per fistola vescico-intestinale
- Nefrectomia allargata per neoplasia maligna
- Nefro-ureterectomia totale
- Prostatectomia radicale per neoplasia maligna
- Surrenectomia
- Uretero-entero-anastomosi.

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi
- Interventi sui vasi intracranici
- Interventi che necessitano di circolazione extracorporea o cardioplegia
- Shunt venoso intraddominale (TIPSS)

TRAPIANTI

- Tutti

ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

TUMORE MALIGNO

malattia caratterizzata dalla crescita diffusa e incontrollata di cellule maligne con invasione dei tessuti normali. La definizione include la leucemia e le patologie maligne del sistema linfatico, come la malattia di Hodgkin.

Sono esclusi tutti i carcinomi in-situ, la malattia di Hodgkin in stadio I°, le lesioni intraepiteliali prostatiche di alto grado (PIN), tutti i tumori cutanei (eccetto il melanoma maligno invasivo a partire dallo stadio III° di Clark) e tutti i tumori maligni in presenza di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS).

INFARTO DEL MIOCARDIO

necrosi di una porzione di tessuto miocardico dovuta ad inadeguata perfusione sanguigna. La diagnosi viene posta in presenza di tutti i seguenti elementi: anamnesi di dolore toracico tipico, comparsa di modificazioni specifiche elettrocardiografiche, innalzamento dei marker enzimatici cardiaci.

ARTEROSCLEROSI CORONARICA

grave stenosi od occlusione di arterie coronarie nel caso che si renda necessario intervento cardiocirurgico di bypass aorto-coronarico (BPAC) di una o più arterie coronarie.

L'intervento deve ritenersi necessario dopo valutazione coronarografica.

Sono incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzato alla disostruzione.

ICTUS

qualsiasi accidente cerebrovascolare che provochi sintomi neurologici di durata superiore alle 24 ore e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione di origine extracranica. Devono rendersi evidenti deficit neurologici documentabili per almeno 3 mesi.

PARALISI

totale ed irreversibile perdita della funzione di uno o più arti in seguito a infortunio o a malattia. La paralisi deve essere documentata clinicamente per un periodo di almeno tre mesi.

RICHIESTA DI COPERTURA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

Documento che l'Assicurato deve inviare a MyAssistance preventivamente per richiedere copertura diretta ed usufruire dell'assistenza con pagamento a carico dell'Assicurazione tramite fax **02.871.819.75** o Email retail.groupama@myassistance.it per informazioni **800.303.007**

Da:

Contraente o assicurato: _____

Data di nascita: _____

Telefono: _____

Cellulare: _____

Email: _____

Numero Polizza : _____

L'Assistito/a _____ con la presente fa richiesta di usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute e fatturate dalla Struttura e/o dalla equipe medica e/o libero professionista medico convenzionati con Myassistance S.r.l., nel rispetto delle condizioni previste dalla copertura assicurativa.

A tal fine si precisa qui di seguito:

Struttura Convenzionata prescelta: _____

Nome del medico prescelto: _____

Data prestazione (se già prenotata): _____

Patologia o sospetto diagnostico: _____

Il sottoscritto, coerentemente con le condizioni contrattuali definite nella copertura assicurativa:

- ✓ E' a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni definite nella copertura.
- ✓ Autorizza la compagnia a pagare in nome e per conto proprio le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla struttura e/o professionista medico.
- ✓ Si impegna a fornire ulteriore documentazione medica al fine di una corretta valutazione della pratica in caso questa fosse richiesta.
- ✓ Si impegna a pagare alla struttura tutte le prestazioni non contemplate nella copertura assicurativa ed ogni altra spesa non compresa nella fattura della struttura sanitaria e/o professionista medico.
- ✓ Si impegna a rimborsare a posteriori alla compagnia assicuratrice, tramite MyAssistance le eventuali spese che risultassero non contemplate dalla copertura ed a versare direttamente alla struttura sanitaria e/o professionista medico gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti eventualmente non applicati per errore.

Luogo e data

Firma del contraente/assicurato per accettazione

Ricevuta l' informativa ai sensi del d. lgs .del 30/06/2003 n° 196“ Codice in materia di protezione dei dati personali”,

ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente MyAssistance S.r.l., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti , Assicuratore, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data

Firma per il consenso del richiedente la prestazione

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 492.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



Groupama
Assicurazioni



Groupama
Assicurazioni

SALUTE

QUISICURA SALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Rimborso spese mediche - Forma forfait

Documento redatto secondo le linee guida
"Contratti Semplici e Chiari"

CGA

RIMBORSO SPESE MEDICHE FORMA FORFAIT

CHI E COSA E' ASSICURATO 2

Art. 1	Chi è assicurato	2
Art. 2	Persone non assicurabili	2
Art. 3	Cosa è assicurato - Indennità interventi chirurgici	2

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA GARANZIA FACOLTATIVA 2

Art. 4	Rimborso Spese pre-post intervento chirurgico	2
--------	---	---

COME POSSO ASSICURARMI 3

Art. 5	Termini di aspettativa	3
--------	------------------------	---

COSA NON È ASSICURATO 4

Art. 6	Esclusioni	4
--------	------------	---

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITA' 5

Art. 7	Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro	5
Art. 8	Determinazione della classe d'intervento	6
Art. 9	Tabelle per la determinazione degli indennizzi	6
Art. 10	Criteri di liquidazione	7
Art. 11	Controversie: Arbitrato Irrituale	8
Art. 12	Pagamento dell'indennizzo	8

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI 9

RIMBORSO SPESE MEDICHE FORMA FORFAIT

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione della formula prescelta - Basic o Top - e del relativo massimale)

CHI E COSA E' ASSICURATO

ART. 1

CHI E' ASSICURATO

Sono assicurabili la singola persona, gli appartenenti ad un nucleo familiare o i soci di una Contraente Persona Giuridica o il nucleo familiare di un singolo socio di detta Contraente.

L'assicurato o gli assicurati sono nominativamente indicati in Polizza (mod. 220040) con le garanzie rese operanti.

ART. 2

PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora al momento della stipula dell'assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V., A.I.D.S. o sindromi correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, l'assicurazione stessa cessa, contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 C.C., senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 3

COSA E' ASSICURATO - INDENNITÀ INTERVENTI CHIRURGICI

La Società, in caso di:

- intervento chirurgico, con o senza ricovero, reso necessario da malattia, infortunio, parto con taglio cesareo e aborto terapeutico;
- ricovero senza intervento chirurgico che si sia protratto per più di 3 giorni consecutivi, reso necessario da malattia o infortunio;

corrisponde all'Assicurato un indennizzo predefinito, determinato con le modalità e nei limiti previsti ai successivi art 6,8 e 9

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA GARANZIA FACOLTATIVA

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione del relativo massimale)

ART. 4

RIMBORSO SPESE PRE-POST INTERVENTO CHIRURGICO

La Società, in caso di:

- intervento chirurgico, con o senza ricovero, reso necessario da malattia, infortunio, parto con taglio cesareo e aborto terapeutico;

indennizzabile a termini dell'art. 3, rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- a) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura, nei 90 giorni precedenti la data dell'intervento chirurgico;
- b) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio sostenute nei 90 giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico;

purché direttamente inerenti la malattia, l'infortunio, il parto con taglio cesareo o l'aborto terapeutico che hanno determinato l'intervento chirurgico, con le modalità e nei limiti previsti ai successivi artt. 8, 9 e 10.

COME POSSO ASSICURARMI

ART. 5

TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo quanto previsto nelle condizioni di assicurazione - Sezione - "Norme Comuni a tutte le garanzie - Garanzie Assistenza e Tutela Legale" - art. 1, le garanzie decorrono:

per gli infortuni

dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;

per le malattie

dal 30° giorno successivo;

per gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula

dal 180° giorno successivo;

per il parto con taglio cesareo

dal 300° giorno successivo.

Si precisa altresì che:

per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, le garanzie sono operanti - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato con la Società riguardante analoghe garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate.

COSA NON È ASSICURATO

ART. 6

ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- a) conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati;
- b) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci e/o di alcool, all'uso di stupefacenti o allucinogeni
- c) le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- e) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- f) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative;
- g) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- h) le prestazioni sanitarie e le cure cellulose-tessutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali;
- i) le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne eseguiti entro 360 giorni dall'intervento chirurgico demolitivo, purché effettuati durante la validità del contratto);
- j) le prestazioni sanitarie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonché quelle non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- k) le visite odontoiatriche ed ortodontiche e le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto (salvo si tratti di cure rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne); le protesi dentarie in ogni caso sono escluse;
- l) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi terapeutici, protesici ed ortopedici;
- m) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
- n) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- o) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di istituti di cura;
- p) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato

abbia preso parte attiva;

q) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni (salvo che per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche occorsi all'Assicurato al di fuori della Regione ove è fissata la sua residenza);

r) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per gli infortuni derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero - con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino - in un Paese sino ad allora in pace).

le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche

s) gli infortuni:

- derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato);
- avvenuti quando l'Assicurato sia in stato di ubriachezza, o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- derivanti dalla pratica di sports aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove;
- derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, scalata di rocce o ghiacciai, salto dal trampolino con sci ed idrosci, sci acrobatico, immersione con autorespiratore;

t) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero.

Per le diverse persone, le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato alle lettere a) ed f) si applicherà con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITA'

ART. 7

OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro dieci giorni da quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il decimo giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Successivamente, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta, come disposto dal successivo art. 10.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia conforme della cartella clinica completa, e in originale i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

ART. 8

DETERMINAZIONE DELLA CLASSE D'INTERVENTO

Gli interventi chirurgici sono identificati e classificati in 7 classi d'intervento, secondo la loro complessità, e sono riportati nell'allegato "Elenco Interventi Chirurgici"; a tale elenco deve pertanto farsi riferimento per la determinazione della classe cui appartiene l'intervento chirurgico subito dall'Assicurato.

Ove sia descritta una patologia anziché una procedura chirurgica, deve sempre intendersi "intervento per" o "asportazione di".

In caso di intervento chirurgico non specificatamente indicato nell'"Elenco Interventi Chirurgici", la classe a cui attribuire l'intervento verrà stabilita con criterio analogico con riferimento al più simile degli interventi elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica.

ART. 9

TABELLE PER LA DETERMINAZIONE DEGLI INDENNIZZI

INDENNITÀ INTERVENTI CHIRURGICI

A ciascuna classe d'intervento è associato un indennizzo - diverso a seconda della formula prescelta (Basic o Top) risultante in polizza - come dalla "Tabella Indennità Interventi Chirurgici" seguente:

CLASSE D'INTERVENTO	INDENNIZZO (Euro) FORMULA BASIC	INDENNIZZO (Euro) FORMULA TOP
I	250,00	500,00
II	500,00	1.000,00
III	1.000,00	2.000,00
IV	2.500,00	5.000,00
V	3.500,00	7.000,00
VI	6.000,00	12.000,00
VII	15.000,00	30.000,00
MASSIMALE ANNUO	30.000,00	60.000,00

Il massimale annuo indicato in tabella e riportato in polizza rappresenta l'importo massimo che la Società corrisponde all'Assicurato nell'annualità assicurativa, per cumulo di indennizzi conseguenti a più interventi chirurgici e/o ricoveri senza intervento chirurgico occorsi nello stesso periodo temporale.

RIMBORSO SPESE PRE-POST INTERVENTO CHIRURGICO

Relativamente alla garanzia facoltativa Rimborso spese pre-post intervento

chirurgico, ad ogni classe d'intervento è associato un massimale come dalla "Tabella Rimborsi Spese Pre-post Intervento Chirurgico" seguente:

CLASSE D'INTERVENTO	MASSIMALE (Euro) FORMULE BASIC E TOP
I	250,00
II	375,00
III	625,00
IV	950,00
V	1.250,00
VI	1.875,00
VII	2.500,00
MASSIMALE ANNUO	5.000,00

Il massimale annuo indicato in tabella e riportato in polizza rappresenta l'importo massimo che la Società corrisponde all'Assicurato nell'annualità assicurativa, per cumulo di rimborsi spese pre e post interventi chirurgici occorsi nello stesso periodo temporale.

ART. 10

CRITERI DI LIQUIDAZIONE

INDENNITÀ INTERVENTI CHIRURGICI

In caso di intervento chirurgico la Società corrisponde all'Assicurato l'importo, indicato nella "Tabella Indennità Interventi Chirurgici", corrispondente alla classe dell'intervento chirurgico effettuato (da individuare in base a quanto riportato all'art. 8) ed alla formula prescelta (Basic o Top) risultante in polizza. In caso di ricovero senza intervento chirurgico che sia protratto per più di 3 giorni consecutivi la Società corrisponde all'Assicurato l'importo della classe d'intervento I della "Tabella Indennità Interventi Chirurgici", a seconda della formula prescelta (Basic o Top) risultante in polizza.

Gli importi previsti per le classi d'intervento VI e VII sono maggiorati del 50% qualora l'intervento chirurgico si sia svolto all'estero, con esclusione della Repubblica di San Marino, del Principato di Monaco e della Svizzera.

Per interventi chirurgici effettuati a causa della stessa patologia ed allo stesso organo, arto e/o tessuto, l'indennizzo previsto viene corrisposto dalla Società un'unica volta nell'anno assicurativo cui il sinistro è attribuibile.

Nel caso in cui, nel corso della stessa seduta operatoria, vengano effettuati due o più interventi chirurgici, la Società corrisponderà all'assicurato l'indennizzo come previsto con riferimento a quello di importo più elevato.

Il pagamento dell'indennità viene effettuato previa presentazione, da parte dell'Assicurato, di copia conforme della cartella clinica completa, che verrà restituita successivamente alla liquidazione dell'indennizzo.

L'indennizzo viene corrisposto indipendentemente dalle spese sostenute e pertanto anche se l'intervento chirurgico o il ricovero senza intervento chirurgico sia stato effettuato presso un istituto di cura pubblico, a totale o parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

RIMBORSO SPESE PRE-POST INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di intervento chirurgico indennizzabile a termini dell'art. 3, la Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato fino a concorrenza del massimale, indicato nella "Tabella Rimborsi Spese Pre-post Intervento Chirurgico", corrispondente alla classe d'intervento dell'intervento chirurgico effettuato (da individuare in base a quanto riportato all'art. 8).

Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato a cura ultimata; l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) alla Società gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate. Definito il sinistro, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono effettuati, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

ART. 11

CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire 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 per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

ART. 12

PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo che risulta dovuto, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo stesso entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'avente diritto.

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

La presenza di un dato intervento nell'elenco non garantisce automaticamente la sua indennizzabilità, ma occorre fare riferimento alle condizioni di assicurazione.

DESCRIZIONE	CLASSE
CARDIOCHIRURGIA	
Angioplastica coronarica singola	IV
Bypass aorto coronarico singolo o multiplo	VI
Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti	VI
Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) interventi di, salvo gli interventi descritti	V
Cisti del cuore o del pericardio, asportazione di	V
Commisurotomia per stenosi mitralica	V
Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso	V
Drenaggio pericardico o riapertura per sanguinamento	II
Embolectomia con Fogarty	III
Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per	V
Fistole arterovenose del polmone, interventi per	VI
Pericardiectomia parziale	IV
Pericardiectomia totale	V
Pericardiocentesi	I
Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)	VI
Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)	VII
Trapianto cardiaco	VII
Valvuloplastica chirurgica	VI
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	
Ablazione transcateretere	IV
Angioplastica coronarica singola/multipla con o senza applicazione di Stent	IV
Biopsia endomiocardica	II
Cateterismo destro e sinistro, e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	III
Coronarografia circolo nativo + ev. studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	III
Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocatereteri e programmazione elettronica del pace maker (incluso costo del pace maker)	VI
Pace maker, impianto temporaneo e relativo espianto (come unico intervento)	II
Sostituzione generatore pace maker definitivo	II
Studio elettrofisiologico endocavitario	II
Valvuloplastica cardiaca	IV
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	
Ascesso mammario, incisione del	I
Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate	V
Mastectomia semplice con eventuale linfadenectomia	IV
Mastectomia sottocutanea	IV
Noduli e/o cisti benigne, asportazione di	II
Posizionamento punto di repere per noduli non palpabili	I
Quadrantectomia con linfadenectomie associate	V
Quadrantectomia senza linfadenectomie associate	IV
CHIRURGIA DELLA MANO	
Amputazioni carpali	II
Amputazioni falangee	II
Amputazioni metacarpali	II

Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	III
Artrodesi carpale	IV
Artrodesi metacarpo falangea e/o interfalangea	III
Artroplastica	IV
Artroprotesi carpale	V
Artroprotesi metacarpo falangea e/o interfalangea	V
Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	III
Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	IV
Lesioni tendinee, intervento per	II
Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per	III
Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di Quervain, tenosinoviti	III
Osteomie (come unico intervento)	III
Pseudoartrosi delle ossa lunghe, intervento per	III
Pseudoartrosi dello scafoide carpale, intervento per	III
Retrazioni ischemiche, intervento per	V
Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia	VI
Rigidità delle dita	III
Sindromi canicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, ect.)	III
Sinovialectomia (come unico intervento)	III
Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	VI
CHIRURGIA DEL COLLO	
Ascessi, favi, flemmoni e drenaggio di	I
Biopsia prescalenica	I
Fistola esofago-tracheale, intervento per	V
Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplastiche benigne	III
Ghiandola sottomascellare, asportazione per tumori maligni	IV
Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	IV
Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	IV
Linfoadenectomia sopraclaveare	III
Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico	I
Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle	V
Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	III
Tiroide, lobectomie	IV
Tiroidectomia per gozzo intratoracico sia per via cervicale che per via sternotomica o toracotomia	V
Tiroidectomia subtotale	IV
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale	VI
Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale	V
Tracheotomia, chiusura e plastica	II
Tracheotomia con tracheostomia sia d'urgenza che di elezione	III
Tubo laringo-tracheale, intervento per ferite del	IV
Tumore maligno del collo, asportazione di	IV
CHIRURGIA DELL'ESOFAGO	
Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	IV
Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	V
Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfoadenectomia	VI
Esofago, resezione parziale dell'	VI
Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfoadenectomia	VI
Esofagogastroduodenoscopia operativa	II
Esofagogastroplastica-esofagodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)	V
Esofagostomia	III
Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica	IV

Protesi endo-esofagee, collocazione di	II
Stenosi benigne dell'esofago, interventi per	V
Stenosi esofagee, trattamento endoscopico con laser (per seduta)	I
Varici esofagee: emostasi con sonda tamponante o sclero terapia endoscopica	II
Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale	V
CHIRURGIA DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	
Agobiopsia/agoaspirato	I
Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	VI
Biopsia epatica (come unico intervento)	II
Calcolosi intraepatica, intervento per	V
Cisti o ascessi epatici da echinococco, pericistectomia	V
Colecistectomia	IV
Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia	IV
Colecistectomia per neoplasie non reseccabili	IV
Coledoco-epatico-digiuno/duodenostomia con o senza colecistectomia	V
Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)	V
Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia	IV
Deconnessione azygos-portale per via addominale	V
Drenaggio bilio-digestivo intraepatico	IV
Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antitumorale	II
Litotripsia per calcoli delle vie biliari principale ed accessoria (trattamento completo)	V
Papilla di Vater, exeresi	IV
Papillostomia, per via transduodenale (come unico intervento)	IV
Papillotomia, per via endoscopica	III
Resezioni epatiche maggiori	VI
Resezioni epatiche minori	V
Trapianto di fegato	VII
Vie biliari, interventi palliativi	V
CHIRURGIA DELL'INTESTINO	
Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	IV
Appendicectomia con peritonite diffusa	IV
Appendicectomia semplice	III
Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	III
Ascesso perianale, intervento per	III
By-pass gastro-intestinali o intestinali per patologie maligne	VI
By-pass intestinali per il trattamento obesità patologica	V
Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per	III
Colectomia segmentaria	V
Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia	V
Colectomia totale	V
Colectomia totale con linfadenectomia	VI
Colectomia con colorrafia (come unico intervento)	IV
Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	III
Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)	IV
Corpi estranei dal retto, estrazione per via addominale di	IV
Corpi estranei, estrazione con sfinterotomia di	II
Digiunostomia (come unico intervento)	III
Diverticoli di Meckel, resezione di	III
Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	III
Emicolectomia destra con linfadenectomia	V
Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Emorroidi e/o ragadi, crio-chirurgia (trattamento completo)	II
Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per	III
Emorroidi e/o ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
Emorroidi, intervento chirurgico radicale	III
Emorroidi, legatura elastica delle (trattamento completo)	II
Enterostomia (come unico intervento)	IV

Fistola anale extrasfinterica	III
Fistola anale intrasfinterica	II
Fistole anali, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
Hartmann, intervento di	VI
Ileostomia (come unico intervento)	IV
Incontinenza anale, intervento per	IV
Intestino, resezione dell'	V
Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	IV
Megacolon: colostomia	III
Mikulicz, estrinsecazione sec.	III
Pan-colonscopia operativa	II
Polipectomia per via laparoscopica	III
Polipo rettale, asportazione di	II
Procto-colectomia totale con pouch ileale	VI
Prolasso rettale, intervento transanale per	III
Prolasso rettale, per via addominale, intervento per	IV
Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	III
Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, con linfadenectomia inguinale bilaterale	VI
Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del	VI
Rettosigmoidoscopia operativa	I
Sfinterotomia (come unico intervento)	I
Sigma, miotomia del	V
Tumore del retto, asportazione per via sacrale di	V
Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per	V
CHIRURGIA DEL PANCREAS	
Agobiopsia/agoaspirato pancreas	I
Ascessi pancreatici, drenaggio di	III
Biopsia (come unico intervento)	II
Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	V
Derivazione pancreatico-Wirsung digestive	V
Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia	VI
Fistola pancreatica, intervento per	VI
Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)	V
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	VI
Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia	VI
Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)	VI
Pancreatite acuta, interventi conservativi	V
Pancreatite acuta, interventi demolitivi	VI
Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	V
Splenectomia	V
Trapianto del pancreas	VII
CHIRURGIA DELLA PARETE ADDOMINALE	
Cisti, ematomi, ascessi, flemmoni parete addominale	I
Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per	III
Ernia crurale semplice o recidiva	II
Ernia crurale strozzata	III
Ernia diaframmatica	V
Ernia epigastrica semplice, strozzata o recidiva	III
Ernia inguinale con ectopia testicolare	III
Ernia inguinale semplice, strozzata o recidiva	III
Ernia ombelicale semplice o recidiva	III
Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perineale)	IV
Laparocele, intervento per	IV
Linfadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	IV
Linfadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	III

Tumore maligno della parete addominale, asportazione di	III
CHIRURGIA DEL PERITONEO	
Ascenso del Douglas, drenaggio	III
Ascenso sub-frenico, drenaggio	IV
Laparoscopia esplorativa/diagnostica/operativa	II
Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi	V
Laparotomia con resezione intestinale	V
Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili	IV
Laparotomia per contusioni e ferite all'addome senza lesioni di organi interni	IV
Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedano exeresi	V
Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	V
Laparotomia per peritonite diffusa	IV
Laparotomia per peritonite saccata	IV
Laparotomia semplice (esplorativa e/o lisi aderenze)	IV
Lavaggio peritoneale diagnostico	I
Occlusione intestinale con resezione	V
Occlusione intestinale senza resezione	IV
Paracentesi	I
Tumore retroperitoneale, exeresi di	V
CHIRURGIA PICCOLI INTERVENTI	
Accesso periferico per posizionamento di catetere venoso	I
Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo casi descritti	I
Ascenso o flemmone diffuso, sottoaponeurotico, superficiale o circoscritto incisione di I	I
Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti	I
Cisti sinoviale, asportazione radicale di	I
Cisti tronco/arti, asportazione di	I
Corpo estraneo superficiale o profondo extracavitario, estrazione di	I
Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del	I
Ematoma superficiale, profondi extracavitari svuotamento di	I
Espiante di catetere peritoneale	I
Ferita superficiale o profonda della faccia, sutura di	I
Ferita superficiale o profonda, sutura di	I
Fistola artero-venosa periferica, preparazione di	I
Impianto chirurgico di catetere peritoneale	I
Patereccio superficiale, profondo o osseo, intervento per	II
Posizionamento percutaneo di catetere venoso centrale (come unica prestazione)	I
Tumore profondo extracavitario, asportazione di	II
Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di	II
Tumore superficiale o sottocutaneo benigno, asportazione di	I
Unghia incarnita, asportazione o cura radicale di	I
CHIRURGIA DELLO STOMACO	
Dumping syndrome, interventi di riconversione per	V
Ernia jatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)	IV
Fistola gastro-digiuno colica, intervento per	VI
Gastrectomia totale con linfadenectomia	VI
Gastrectomia totale per patologia benigna	V
Gastro-enterostomia per neoplasie non resecabili	IV
Gastrostomia (PEG)	III
Piloroplastica (come unico intervento)	IV
Resezione gastro-duodenale	V
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	V
Vagotomia selettiva, tronculare con piloroplastica	V
Vagotomia superselettiva	V
CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE	
Calcolo salivare, asportazione di	II
Cisti del mascellare, operazione per	II
Cisti, mucose, piccole neoplasie benigne: della lingua o delle guance o del labbro	

o del pavimento orale (asportazione di)	I
Condilectomia (come unico intervento)	III
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale	V
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale	IV
Corpi estranei profondi dei tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di	II
Fissazione con ferule di elementi dentali lussati (per arcata)	I
Fistola del dotto di Stenone, intervento per	II
Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle	III
Formazioni cistiche endoparotidiche, enucleazione di	IV
Fornice gengivale superiore o inferiore, plastica del	II
Fossa pterigo-mascellare, chirurgia della	VI
Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	IV
Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle	IV
Fratture mandibolari, riduzione con ferule	II
Frenulotomia con frenuloplastica superiore ed inferiore	I
Linfoangioma cistico del collo, intervento per	IV
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare	V
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale	VI
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	IV
Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia	II
Lussazione mandibolare, terapia chirurgica per	III
Mandibola, resezione parziale per neoplasia della	V
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del	V
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	VI
Meniscectomia dell'articolazione temporo-mandibolare (come unico intervento)	III
Neoformazione endossea di grandi dimensioni exeresi di	III
Neoformazione endossee di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, torus palatino e mandibolare) exeresi di	II
Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	V
Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	III
Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di	II
Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di	I
Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per	V
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per	IV
Parotidectomia parziale o totale	V
Plastica di fistola palatina	III
Plastiche mucose per comunicazioni oro-antrali	II
Ranula, asportazione di	II
Ricostruzione con innesti ossei, con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	V
Scappucciamento osteo-mucoso dente semincluso	I
Seno mascellare, apertura per processo alveolare	II
Tumori benigni o misti della parotide, enucleazione di	IV
CHIRURGIA PEDIATRICA	
Asportazione tumore di Wilms	VI
Cefaloematoma, aspirazione di	I
Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene) intervento per	VI
Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale	V
Granuloma ombelicale, cauterizzazione	I

Neuroblastoma addominale, endotoracico o pelvico	VI
Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)	VI
Occlusione intestinale del neonato, con o senza resezione intestinale	V
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice	III
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva	VI
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz	VI
Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del	V
Retto, prolasso con cerchiaggio anale del	II
Retto, prolasso con operazione addominale del	V
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	
Allestimento di lembo peduncolato	II
Angiomi del viso di grandi dimensioni (oltre cm. 4), intervento per	III
Angiomi del viso di piccole dimensioni (meno di cm. 4), intervento per	II
Angiomi di tronco e arti di grandi dimensioni (oltre cm. 7), intervento per	II
Angiomi di tronco e arti di piccole/medie dimensioni (meno di cm. 7), intervento per	I
Cheloidi di grandi dimensioni, asportazione di	II
Cheloidi di piccole dimensioni, asportazione di	I
Cicatrici del viso, del tronco o degli arti, qualsiasi dimensione, correzione di	II
Innesti composti	II
Innesto dermo epidermico o dermo adiposo o cutaneo libero o di mucosa	II
Innesto di fascia lata	II
Innesto di nervo, di tendine, osseo o cartilagineo	III
Intervento di push-back e faringoplastica	IV
Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva delle	III
Modellamento di lembo in situ	II
Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	III
Plastica a Z del volto o altra sede	II
Plastica V/Y, Y/V	II
Retrazione cicatriziale delle dita con innesto, intervento per	IV
Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto, intervento per	III
Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	V
Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale	IV
Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea	III
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	III
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	II
Riparazione di P.S.C. con lembo fasciocutaneo	III
Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo	IV
Riparazione di P.S.C. o di esiti cicatriziali mediante espansione tissutale	III
Toilette di ustioni di grandi dimensioni (prestazione ambulatoriale)	I
Toilette di ustioni di piccole dimensioni (prestazione ambulatoriale)	I
Trasferimento di lembo libero microvascolare	V
Trasferimento di lembo peduncolato	II
Tumori maligni profondi del viso, asportazione di	III
Tumori maligni superficiali del viso, intervento per	II
Tumori superficiali o cisti benigne del viso, intervento per	I
CHIRURGIA TORACO-POLMONARE	
Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa	I
Ascessi, interventi per	IV
Bilobectomie, intervento di	VI
Biopsia laterocervicale	I
Biopsia sopraclavere	I
Broncoinstillazione endoscopica	II
Cisti (echinococco od altre), asportazione di	V
Decorticazione pleuro-polmonare, intervento di	V
Drenaggi di mediastiniti acute o croniche o di accessi	II

Drenaggio cavità empiematiche	II
Drenaggio pleurico per emo e/o pneumotorace traumatico	II
Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	I
Enfisema bolloso, trattamento chirurgico	IV
Ernie diaframmatiche traumatiche	V
Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	V
Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	III
Ferite con lesioni viscerali del torace	V
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	VI
Fistole esofago bronchiali, interventi di	VI
Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	III
Lavaggio bronco-alveolare endoscopico	I
Lavaggio pleurico	I
Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)	V
Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	IV
Mediastinoscopia diagnostica o operativa	II
Mediastinoscopia soprasternale per enfisema mediastinico	II
Neoformazioni costali localizzate	II
Neoformazioni del diaframma	IV
Neoformazioni della trachea	III
Neoplasie maligne coste e/o sterno	IV
Neoplasie maligne della trachea	VI
Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino	VI
Pleurectomie	V
Pleuropneumonectomia	VI
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	III
Pneumonectomia, intervento di	VI
Pneumotorace terapeutico	I
Puntato sternale o midollare	I
Puntura esplorativa del polmone	I
Relaxatio diaframmatica	V
Resezione bronchiale con reimpianto	VI
Resezione di costa soprannumeraria	V
Resezione segmentaria o lobectomia	V
Resezioni segmentarie tipiche o atipiche	V
Sindromi stretto toracico superiore	V
Timectomia	V
Toracentesi	I
Toracoplastica, primo tempo	V
Toracoplastica, secondo tempo	III
Toracosopia	II
Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	IV
Tracheo-broncoscopia esplorativa	II
Tracheo-broncoscopia operativa	III
Trapianto di polmone	VII
CHIRURGIA VASCOLARE	
Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto	VI
Aneurismi arterie distali degli arti	IV
Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronco sovraortici	V
Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	V
By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale	V
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavia	V
By-pass arterie periferiche:femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo	V
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	V
Fasciotomia decompressiva	IV
Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	I

Legatura e/o sutura di grossi vasi:aorta-cava-iliaca	II
Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omero-mammaria interna-brachiale-ascellare-glutea-carotide-vertebrale-succlavia-anonima	IV
Legatura e/o sutura di piccoli vasi: tibiali-linguale-tiroidea-mascellare -temporale-facciale-radiale-cubitali-arcate palmari/pedie	II
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche (CHIVA)	III
Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	III
Tromboendarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale	VI
Tromboendarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendarteriectomia e plastica arteria femorale	V
Tromboendarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Varicectomia con o senza legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	II

CHIRURGIA DERMATOLOGICA, CRIOTERAPIA, LASER

Asportazione con LASER di tumori benigni cutanei o delle mucose esclusi quelli del viso (unica seduta)	I
Asportazione con LASER di tumori benigni del viso (unica seduta)	I
Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni (per seduta)	I
Trattamento mediante LASER di alterazioni cutanee virali (condilomi, etc.) (per seduta)	I
Trattamento mediante LASER di tumori maligni cutanei (trattamento completo)	I

GASTROENTEROLOGIA

Biopsia digiunale sotto scopia con capsula a suzione	I
--	---

GINECOLOGIA

Adesiolisi	IV
Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde	I
Annessiectomia bilaterale, interventi conservativi di	V
Annessiectomia bilaterale, interventi demolitivi di	V
Annessiectomia monolaterale, interventi conservativi di	IV
Annessiectomia monolaterale, interventi demolitivi di	IV
Ascessi delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di	I
Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di	III
Ascesso pelvico, trattamento chirurgico	II
Biopsia della portio, vulva, vagina, endometrio	I
Cisti della ghiandola del Bartolini, asportazione di	III
Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	IV
Cisti vaginale, asportazione di	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	III
Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purulente	II
Conizzazione e tracheloplastica	III
Denervazione vulvare	II
Diatermocoagulazione della portio uterina o vulva	I
Dilatazione del collo e applicazione di tubetto di Petit-Leufour endouterino	I
Eviscerazione pelvica	VI
Fistole uterili, vescico-vaginale, retto-vaginale, intervento per	V
Incontinenza uterina, intervento per via vaginale o addominale	V
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con o senza linfadenectomia	V
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparoscopica o per via vaginale, intervento di	IV
Isteropessi	IV
Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsie (come unico esame)	I
Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per	III
Isteroscopia operativa: corpi estranei, rimozione di	I

Isteroscopia operativa: sinechie-setti-fibromi-polipi, intervento per	II
Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie	II
Laparotomia esplorativa (come unico intervento)	II
Laparotomia esplorativa con linfadenectomia lombo pelvica selettiva e bioptica	V
Laparotomia per ferite e rotture dell'utero	V
Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta)	I
Linfadenectomia laparoscopica (come unico intervento)	IV
Metroplastica (come unico intervento)	IV
Miomectomie per via laparoscopica e ricostruzione plastica dell'utero	IV
Miomectomie per via vaginale	III
Neoformazioni della vulva, asportazione	I
Neurectomia semplice	IV
Plastica con allargamento dell'introito (compreso intervento per vaginismo)	III
Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di	IV
Plastica vaginale anteriore o posteriore, intervento di	III
Polipi cervicali, asportazione di	I
Polipi orifizio uretrale esterno	I
Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addominale o vaginale	IV
Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di	II
Raschiamento endouterino diagnostico e terapeutico	II
Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	IV
Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale	III
Salpingectomia bilaterale	IV
Salpingectomia monolaterale	IV
Salpingoplastica	V
Setto vaginale, asportazione chirurgica	II
Tracheloplastica (come unico intervento)	II
Trattamento chirurgico conservativo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	V
Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico conservativo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per	V
Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per	IV
V.A.B.R.A. a scopo diagnostico	I
Vulvectomia parziale	III
Vulvectomia parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	IV
Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	VI
Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di	IV
Vulvectomia totale	IV
OSTETRICIA	
Aborto terapeutico	II
Assistenza al parto con taglio cesareo conservativo o demolitivo (comprensiva della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero)	IV
Biopsia villi coriali	II
Cerchiaggio cervicale	II
Colpoperineorrafia per deiscenza sutura, intervento di	I
Cordocentesi	II
Fetoscopia	II
Lacerazione cervicale, sutura di	I
Laparotomia esplorativa	II

Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore	V
Mastite puerperale, trattamento chirurgico	I
Revisione delle vie del parto, intervento per	II
Revisione di cavità uterina per aborto in atto-postabortivo-in puerperio, intervento	II
Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica, intervento di	IV
NEUROCHIRURGIA	
Anastomosi vasi intra-extra cranici	VI
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per	VI
Carotide endocranica, legatura della	V
Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni	VI
Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di	VI
Corpo estraneo intracranico, asportazione di	VI
Cranioplastica	VI
Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo	V
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali o ematoma extradurale	VI
Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	VII
Deviazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per	VI
Epilessia focale, intervento per	VI
Ernia del disco dorsale o lombare	IV
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica	V
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	IV
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	V
Fistola liquorale	VI
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	V
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	VI
Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	VI
Gangliectomia lombare o splancnicectomia	V
Ipfisi, intervento per via transfenoidale	VI
Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali	V
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari	VI
Laminectomia per tumori intramidollari	VI
Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di	VII
Neoplasie endorachidee, asportazione di	V
Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	VI
Neurolisi (come unico intervento)	III
Neuroraffia primaria (come unico intervento)	III
Neurotomia retrogasseriana, sezione entracranica di altri nervi (come unico intervento)	VI
Neurotomia semplice (come unico intervento)	III
Plastica volta cranica	VI
Plesso brachiale, intervento sul	V
Puntura sottoccipitale per prelievo liquido o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto	I
Registrazione continua della pressione intracranica	I
Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche	VI
Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica (compresa eventuale plastica)	VI
Simpatico cervicale: denervazione del seno carotideo, intervento sul	IV
Simpatico cervicale gangliectomia, intervento sul	IV
Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul	IV
Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul	IV
Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi splancnici	V
Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul	IV
Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul	IV
Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul	III
Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul	IV
Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul	IV
Simpatico lombare: splancnicectomia, intervento sul	IV

Stenosi vertebrale lombare	V
Stereotassi, intervento di	V
Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici	III
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili	VII
Termorizotomia del trigemino o di altri nervi cranici	IV
Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare	III
Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)	IV
Traumi vertebro-midollari via anteriore o posteriore, intervento per	VI
Tumori orbitali, asportazione per via endocranica	VII
Tumori dei nervi periferici, asportazione di	V
Tumori della base cranica, intervento per via transorale	VII
Tumori orbitali, intervento per	VI

OCULISTICA

BULBO OCULARE

Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	III
Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	V
Enucleazione con innesto protesi mobile	IV
Enucleazione o exenteratio	III
Eviscerazione con impianto intraoculare	IV

CONGIUNTIVA

Corpi estranei, asportazione di	I
Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto	II
Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento	II
Piccole cisti, sutura con innesto placentare	I
Plastica congiuntivale per innesto o scorrimento	II
Pterigio o pinguecola	I
Sutura di ferita congiuntivale	I

CORNEA

Cheratomileusi	III
Cheratoplastica a tutto spessore	IV
Cheratoplastica lamellare	III
Cheratoplastica refrattiva (escluse finalità estetiche)	II
Corpi estranei dalla cornea (estrazione di)	I
Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	III
Epicheratoplastica	IV
Lenticolo biologico, apposizione a scopo terapeutico	I
Odontocheratoprosesi (trattamento completo)	IV
Paracentesi della camera anteriore	I
Sutura corneale (come unico intervento)	I
Trapianto corneale a tutto spessore	VI
Trapianto corneale lamellare	V

CRISTALLINO

Aspirazione di masse catarattose (come unico intervento)	III
Cataratta (senile, traumatica, patologica, complicata), estrazione di	III
Cataratta congenita o traumatica, discissione di	II
Cataratta molle, intervento per	III
Cataratta secondaria, discissione di	I
Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	III
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera anteriore	II
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore	III
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera anteriore (come unico intervento)	II
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento)	III
Cristallino lussato-cataratta complicata, estrazione di	III
Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala)	III
Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	III

IRIDE

Cisti iridee, asportazione e plastica di	II
Iridectomia	II
Irido-dialisi, intervento per	II
Iridoplastica	II
Iridotomia	II
Prolasso irideo, riduzione	II
Sinechiotomia	II
Sutura dell'iride	II

MUSCOLI

Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento di	II
Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento di	III
Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche)	III
Strabismo paralitico, intervento per	III

INTERVENTI PER GLAUCOMA

Alcolizzazione nervo cigliare, intervento per	I
Ciclodialisi	III
Ciclodiatomia perforante	II
Goniotomia	III
Idrocicloretrazione, intervento di	IV
Microchirurgia dell'angolo camerulare	IV
Operazione fistolizzante	IV
Trabeculectomia	IV
Trabeculectomia + asportazione cataratta - intervento combinato	IV
Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale - intervento combinato	V
Trabeculotomia	III

ORBITA

Biopsia orbitaria	II
Cavità orbitaria, plastica per	III
Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	III
Corpi estranei endoorbitali, asportazione di	II
Exenteratio orbitale	IV
Iniezione endorbitale	I
Operazione di Kronlein od orbitotomia	VI
Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	III

PALPEBRE

Ascesso palpebrale, incisione di	I
Blefarocalasi o traumi o ferite, intervento di blefaroplastica: 1 palpebra	II
Calazio	II
Cantoplastica	II
Entropion-ectropion	II
Epicanto-coloboma	II
Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: 1 palpebra (escluse finalità estetiche)	I
Ernie palpebrali, correzione di (escluse finalità estetiche)	I
Piccoli tumori o cisti, asportazione di	I
Riapertura di anchiloblefaron	I
Sutura cute palpebrale (come unico intervento)	I
Sutura per ferite a tutto spessore (come unico intervento)	I
Tarsorrafia (come unico intervento)	I
Tumori, asportazione con plastica per innesto	III
Tumori, asportazione con plastica per scorrimento	II

RETINA

Asportazione, cerchiaggio, rimozione materiali usati durante l'intervento di distacco	II
Diatermocoagulazione retinica per distacco	III
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	IV

Vitrectomia anteriore e posteriore	V
SCLERA	
Sclectomia (come unico intervento)	IV
Sutura sclerale	II
SOPRACCIGLIO	
Cisti o corpi estranei, asportazione di	I
Elevazione del sopracciglio, intervento per	II
Plastica per innesto o per scorrimento	II
Sutura ferite	I
TRATTAMENTI LASER	
Laserchirurgia della cornea a scopo terapeutico o ottico (escluse finalità estetiche)	II
Laserterapia degli annessi, della congiuntiva, dei neovascolari	I
Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze	I
Laserterapia delle vasculopatie e/o malformazioni retiniche (a seduta)	I
Laserterapia iridea	I
Laserterapia lesioni retiniche	I
Laserterapia nella retinopatia diabetica (per seduta)	I
Trattamenti laser per cataratta secondaria	I
VIE LACRIMALI	
Chiusura del puntino lacrimale (compresa eventuale protesi)	I
Dicriocistorinostomia o intubazione	III
Fistola, asportazione	I
Flemmone, incisione di (come unico intervento)	I
Impianto tubi di silicone nelle stenosi delle vie lacrimali	I
Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del	II
Sacco lacrimale, incisione di (come unico intervento)	I
Stricturotomia (come unico intervento)	I
Vie lacrimali, ricostruzione	III
ORTOPEDIA - INTERVENTI CRUENTI	
Acromioplastica anteriore	IV
Agoaspirato osseo	I
Alluce valgo correzione di	III
Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	V
Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)	IV
Amputazione medi segmenti (trattamento completo)	III
Amputazione piccoli segmenti (trattamento completo)	II
Artrodesi vertebrale per via anteriore e/o posteriore	VI
Artrodesi: grandi articolazioni	IV
Artrodesi: medie articolazioni	II
Artrodesi: piccole articolazioni	II
Artrodesi: grandi	III
Artrodesi: medie	II
Artrodesi: piccole	II
Artroplastiche con materiale biologico: grandi	V
Artroplastiche con materiale biologico: medie	III
Artroplastiche con materiale biologico: piccole	II
Artroprotesi polso	V
Artroprotesi spalla, parziale	VI
Artroprotesi spalla, totale	VI
Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)	VI
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)	VI
Artroprotesi: ginocchio	VI
Artroprotesi: gomito, tibiotarsica	VI
Artroscopia diagnostica (come unico intervento)	II
Ascesso freddo, drenaggio di	I
Biopsia articolare o ossea	I
Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali	III

Biopsia vertebrale a cielo aperto	II
Borsectomia	II
Calcaneo stop	III
Chemonucleolisi per ernia discale	IV
Cisti meniscali, asportazione di	III
Condrectomia	I
Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	III
Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per	V
Costruzione di monconi cinematici	IV
Disarticolazione interscapolo toracica	VI
Disarticolazioni, grandi	VI
Disarticolazioni, medie	V
Disarticolazioni, piccole	III
Elsmie-Trillat, intervento di	III
Emipelvectomia	VI
Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto	VI
Epifisiodesi	IV
Ernia del disco dorsale o lombare	IV
Ernia del disco dorsale per via transtoracica	V
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	IV
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	V
Esostosi semplice, asportazione di	II
Frattura esposta, pulizia chirurgica di	II
Lateral release	I
Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	IV
Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di	IV
Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia)	IV
Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per	IV
Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	III
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili (trattamento completo)	IV
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili + condroabrasione (trattamento completo)	IV
Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)	III
Midollo osseo, espianto di	II
Neurinomi, trattamento chirurgico di	III
Nucleoaspirazione e/o nucleolisi lombare	IV
Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	IV
Osteosintesi vertebrale	VI
Osteosintesi: grandi segmenti	V
Osteosintesi: medi segmenti	IV
Osteosintesi: piccoli segmenti	III
Osteotomia semplice o complessa (bacino, vertebrale, ect.)	III
Perforazione alla Boeck	I
Prelievo di trapianto osseo con innesto	III
Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	V
Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	IV
Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	III
Puntato tibiale o iliaco	I
Radio distale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	V
Rimpianti di arto o suo segmento	VII
Resezione articolare	IV
Resezione del sacro	V
Riallineamento metatarsale	IV
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale	VI
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni	IV
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di medie e piccole articolazioni	II
Rimozione mezzi di sintesi	III

Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione	IV
Scapulopessi	IV
Scoliosi, intervento per	VI
Sinoviectomia grandi e medie articolazioni (come unico intervento)	VI
Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)	II
Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg	VI
Stenosi vertebrale lombare	V
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento	V
Tetto cotiloideo, ricostruzione di	V
Toilette chirurgica e piccole suture	I
Traslazione muscoli cuffia rotatori della spalla	IV
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	V
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	IV
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di	II
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di	VI
Uncoforaminotomia o vertebrotonomia (trattamento completo)	VI
Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche di	V
ORTOPEDIA - TENDINI, MUSCOLI, FASCE	
Biopsia muscolare	I
Deformità ad asola	IV
Dito a martello	II
Gangli tendinei (cisti) e/o iatrogeni, asportazione di	II
Tenolisi (come unico intervento)	II
Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	III
Tenorrafia complessa	III
Tenorrafia semplice	II
Tenotomia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)	III
Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	IV
ORL	
FARINGE - CAVO ORALE - OROFARINGE - GHIANDOLE SALIVARI	
Ascesso peritonsillare, retrofaringeo o latero faringeo, incisione di	I
Leucoplachia, asportazione	I
Neoplasie parafaringee	V
Tonsillectomia	III
Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di	II
Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	IV
Ugulotomia	I
Velofaringoplastica	IV
NASO E SENI PARANASALI	
Adenoidectomia	II
Adenotonsillectomia	III
Cateterismo seno frontale	I
Cisti o piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di	I
Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	III
Ematoma, ascesso del setto, drenaggio di	I
Etmoide, svuotamento radicale bilaterale	IV
Etmoide, svuotamento radicale monolaterale	III
Fistole oro-antrali	I
Fratture delle ossa nasali, riduzione di	I
Ozena, cura chirurgica dell'	II
Polipi nasali o coanali, asportazione semplice di	I
Rinofima, intervento	II
Rinosettoplastica con innesti liberi di osso	V
Rino-Settoplastica ricostruttive o funzionali (escluse finalità estetiche).	
Compresa turbinotomia	III
Rino-Settoplastica, revisione di	II
Seni paranasali, intervento per mucocele	IV

Seni paranasali, intervento radicale mono o bilaterale	V
Seno frontale, svuotamento per via nasale o esterna	II
Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale	III
Seno mascellare, svuotamento radicale monolaterale	II
Seno sfenoidale, apertura per via transnasale	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare conservativa con turbinotomie funzionali	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo o secondo grado monolaterale allargata	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di terzo grado monolaterale allargata	V
Sinechie nasali, recisione di	I
Speroni o creste del setto, asportazione di	I
Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	III
Tumori maligni del naso e dei seni paranasali, asportazione di	VI
Turbinati inferiori, svuotamento funzionale (come unico intervento)	I
Turbinati, cauterizzazione dei (come unico intervento)	I
Turbinotomia (come unico intervento)	II
Varici del setto, trattamento di	I
ORECCHIO	
Antro-atticotomia con labirintectomia	VI
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidea	VI
Ascesso del condotto, incisione di	I
Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidea	VI
Corpi estranei, asportazione per via chirurgica retroauricolare	I
Drenaggio transtimpanico	I
Ematoma del padiglione, incisione di	I
Fistole congenite, asportazione di	II
Mastoidectomia	IV
Mastoidectomia radicale	V
Miringoplastica per via endoaurale	III
Miringoplastica per via retroauricolare	IV
Miringotomia (come unico intervento)	I
Neoplasia del padiglione, exeresi di	II
Neoplasie del condotto, exeresi di	II
Nervo vestibolare, sezione del	VI
Neurinoma dell'ottavo paio, asportazione di	VI
Osteomi del condotto, asportazione di	II
Petrosectomia	VI
Petrositi suppurate, trattamento delle	V
Polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, asportazione di	I
Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	V
Sacco endolinfatico, chirurgia del	V
Stapedectomia	V
Stapedotomia	V
Timpanoplastica con o senza mastoidectomia	V
Timpanoplastica secondo tempo di	III
Timpanotomia esplorativa	II
Tumori dell'orecchio medio, asportazione di	V
LARINGE E IPOFARINGE	
Adduttori, intervento per paralisi degli	V
Ascesso dell'epiglottide, incisione	I
Biopsia in laringoscopia	I
Biopsia in microlaringoscopia	I
Cauterizzazione endolaringea	I
Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	III
Cordectomia (anche laser)	V

Corpi estranei, asportazione in laringoscopia	I
Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	IV
Laringectomia parziale	V
Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	VI
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale	VI
Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	V
Laringocele	IV
Laringofaringectomia totale	VI
Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia	II
Neoformazioni benigne, asportazione in microlaringoscopia	II
Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	II
Nervo laringeo superiore, alcoolizzazione del	I
Papilloma laringeo	II
Pericondrite ed ascesso perifaringeo	II

UROLOGIA

ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento)	II
Cistoscopia ed eventuale biopsia	II
Cromocistoscopia e cateterismo uretrale mono o bilaterale	I
Cromocistoscopia e valutazione funzionale	I
Ureteroscopia (omnicomprensiva)	I
Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico)	I

ENDOSCOPIA OPERATIVA

Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	III
Collo vescicale o prostata, resezione endoscopica del	IV
Collo vescicale, resezione per sclerosi, recidiva	II
Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di	II
Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali - per seduta	I
Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	IV
Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, ect.	IV
Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	III
Meatotomia ureterale (come unico intervento)	I
Meatotomia uretrale (come unico intervento)	I
Nefrostomia percutanea bilaterale	III
Nefrostomia percutanea monolaterale	II
Neoformazioni ureterali, resezione endoscopica di	III
Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	IV
Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVF)	IV
Reflusso vescico-ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	III
Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento)	II
Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento)	I
Ureterocele, intervento endoscopico per	III
Uretrotomia endoscopica	II
Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento)	II
Wall Stent per stenosi ureterali compresa nefrostomia	V
Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume)	II

PICCOLI INTERVENTI E DIAGNOSTICA UROLOGICA

Cambio tubo cistostomico	I
Cambio tubo pielostomico	I

PROSTATA

Agoaspirato/agobiopsia prostata	I
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)	VI
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	IV

RENE

Agobiopsia renale percutanea	I
------------------------------	---

Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)	III
Cisti renale per via percutanea, puntura di	I
Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti	I
Cisti renale, resezione	III
Eminefrectomia	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale bilaterale (trattamento completo)	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale monolaterale (trattamento completo)	IV
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
Lobotomia per ascessi pararenali	IV
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)	VI
Nefrectomia polare	V
Nefrectomia semplice	V
Nefropessi	IV
Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento)	IV
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	VI
Nefroureterectomia radicale più trattamento per trombo cavale (compresa surrenectomia)	VI
Pielocalicolitotomia (come unico intervento)	IV
Pielocentesi (come unico intervento)	I
Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di	V
Pieloureteroplastica per stenosi del giunto	V
Surrenectomia (trattamento completo)	VI
Trapianto del rene	VII

URETERE

Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
Transuretero-uretero-anastomosi	IV
Uretero-ileo-anastomosi mono o bilaterale	V
Ureterocistoneostomia bilaterale	V
Ureterocistoneostomia monolaterale	III
Ureterocutaneostomia bilaterale	V
Ureterocutaneostomia monolaterale	IV
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (mono o bilaterale), intervento di	VI
Ureteroileocutaneostomia non continente	V
Ureterolisi più omentoplastica	III
Ureterolitotomia lombo-iliaca	IV
Ureterolitotomia pelvica	V
Ureterosigmoidostomia mono o bilaterale	V
Calcoli o corpi estranei uretrali, rimozione di	I
Caruncola uretrale	I
Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per	II
Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell'uretra	III
Fistole uretrali	V
Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	IV
Meatotomia e meatoplastica	II
Polipi del meato, coagulazione di	I
Prolasso mucoso uterale	II
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	IV
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	V
Rottura traumatica dell'uretra	IV
Uretrectomia totale	IV
Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	IV
Uretroplastiche (lembi liberi o pedunculati), trattamento completo	V
Uretrostomia perineale	III

VESCICA

Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	III
Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	V
Cistectomia parziale semplice	IV
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	VI
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	VI
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale	
o ureterocutaneostomia	VI
Cistolitotomia (come unico intervento)	II
Cistopessi	III
Cistorrafia per rottura traumatica	III
Cistostomia sovrapubica	II
Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	V
Diverticulectomia	IV
Estrofia vescicale (trattamento completo)	VI
Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per	IV
Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento)	III
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per	VI
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	V
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	V
Vescicoplastica antireflusso	V

APPARATO GENITALE MASCHILE

Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)	I
Biopsia testicolare mono o bilaterale	I
Cisti del testicolo o dell'epididimo, exeresi	II
Deferenti, legatura dei (per patologie croniche)	II
Deferenti, ricanalizzazione dei	IV
Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia	V
Epididimectomia	III
Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per	II
Fistole scrotali o inguinali	III
Frenulotomia e frenuloplastica	I
Funicolo, detorsione del	III
Idrocele, intervento per	II
Idrocele, puntura di	I
Induratio penis plastica, interventi per	IV
Corpi cavernosi (corporoplastiche, ect.) interventi sui	IV
Orchidopessi mono o bilaterale	III
Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale	V
Orchiectomia sottocapsulare bilaterale	III
Orchiepididimectomia bilaterale con eventuali protesi	IV
Orchiepididimectomia monolaterale con eventuali protesi	III
Parafimosi, intervento per	II
Pene, amputazione parziale del	III
Pene, amputazione totale con linfadenectomia	V
Pene, amputazione totale del	IV
Posizionamento di protesi peniena	V
Priapismo (percutanea), intervento per	II
Priapismo (shunt), intervento per	III
Scroto, resezione dello	II
Traumi del testicolo, intervento di riparazione per	II
Tumori del testicolo con eventuale linfadenectomia, interventi per	V
Varicocele, intervento per (anche con tecnica microchirurgica)	III

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 492.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



Groupama
Assicurazioni



Groupama
Assicurazioni

SALUTE

QUISICURA SALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Indennità giornaliera da ricovero

Documento redatto secondo le linee guida
"Contratti Semplici e Chiari"

CGA

INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO

CHI E COSA E' ASSICURATO 2

Art. 1	Chi è assicurato	2
Art. 2	Persone non assicurabili	2
Art. 3	Cosa è assicurato - Indennità giornaliera da ricovero	2

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA 3

CONDIZIONI AGGIUNTIVE 3

Art. 4	C - Indennità giornaliera da convalescenza post-ricovero	3
Art. 5	G - Indennità giornaliera da gessatura	4

CONDIZIONE SPECIALE 5

Art. 6	M - esclusione prestazioni conseguenti ad infortunio	5
--------	--	---

COME POSSO ASSICURARMI 5

Art. 7	Termini di aspettativa	5
--------	------------------------	---

COSA NON È ASSICURATO 6

Art. 8	Esclusioni	6
Art. 9	Rischi assicurabili con patto speciale	8

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITA' 8

Art. 10	Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro	8
Art. 11	Criteri di liquidazione	8
Art. 12	Controversie: Arbitrato Irrituale	9
Art. 13	Pagamento dell'indennizzo	9

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI 10

ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI 13

INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione del relativo importo giornaliero assicurato)

CHI E COSA E' ASSICURATO

ART. 1

CHI E' ASSICURATO

Sono assicurabili la singola persona, gli appartenenti ad un nucleo familiare o i soci di una Contraente Persona Giuridica o il nucleo familiare di un singolo socio di detta Contraente.

L'Assicurato o gli Assicurati sono nominativamente indicati in Polizza (mod. 22003) con le garanzie rese operanti.

ART. 2

PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora al momento della stipula dell'assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V., A.I.D.S. o sindromi correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, l'assicurazione stessa cessa, contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 C.C., senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 3

COSA E' ASSICURATO - INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO

La Società, nei casi di:

- ricovero reso necessario da malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico;
- day hospital o day surgery, reso necessario da malattia o infortunio;

corrisponde all'Assicurato l'importo giornaliero assicurato indicato in polizza per ciascun giorno di ricovero (o di day hospital / day surgery), compresi quello iniziale e quello finale, per un periodo massimo di 365 giorni per ciascun ricovero.

Si conviene che nei casi di ricovero:

- dovuto a grande intervento chirurgico;
- dovuto a grave evento morboso;
- dovuto a trattamenti oncologici necessari per neoplasie maligne;
- in reparti di terapia intensiva;

l'importo giornaliero assicurato si intende raddoppiato.

Si conviene inoltre che nei casi di:

- intervento chirurgico effettuato presso un ambulatorio;
 - accertamenti presso un Pronto Soccorso che abbiano comportato la permanenza presso lo stesso **per un periodo superiore a 24 ore consecutive;**
- l'importo giornaliero assicurato **si intende dimezzato e viene riconosciuto per un solo giorno;**

e che nei casi di:

- parto senza taglio cesareo,

l'importo giornaliero assicurato **viene corrisposto forfetariamente per 3 giorni, anche se vi siano state complicanze;**

- parto con taglio cesareo,

l'importo giornaliero assicurato **viene corrisposto forfetariamente per 5 giorni, anche se vi siano state complicanze.**

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA GARANZIA FACOLTATIVA

(operanti solo se espressamente richiamate in polizza con indicazione della relativa lettera)

ART. 4

C - INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA POST-RICOVERO

La Società, in caso di:

- ricovero reso necessario da malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico;

indennizzabile a termini dell'art. 3, corrisponde all'Assicurato un importo giornaliero, pari a quello indicato in polizza previsto per l'indennità giornaliera da ricovero, per ogni giorno di degenza domiciliare, a partire dal giorno successivo a quello di dimissioni dell'Assicurato dall'istituto di cura e **per un periodo non superiore a 3 volte quello del ricovero stesso, con il limite massimo di 20 giorni per sinistro.**

Si conviene che nei casi di ricovero:

- dovuto a grande intervento chirurgico;
- dovuto a grave evento morboso;
- dovuto a trattamenti oncologici necessari per neoplasie maligne;
- in reparti di terapia intensiva;

l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto **per un periodo non superiore a 4 volte quello del ricovero stesso, con il limite massimo di 60 giorni per sinistro.**

Si conviene inoltre che in caso di:

- day hospital o day surgery, reso necessario da malattia o infortunio, l'importo giornaliero assicurato **si intende dimezzato;**

e che nei casi di:

- parto senza taglio cesareo,

l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfetariamente per 2 giorni, anche se vi siano state complicanze;

- parto con taglio cesareo,

l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfetariamente per 5 giorni, anche se vi siano state complicanze.

L'indennità verrà corrisposta purché la degenza domiciliare sia necessaria per la guarigione clinica o per la stabilizzazione dei postumi e purché la stessa sia prescritta e documentata dai sanitari che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante e sempre che l'Assicurato non riprenda prima la sua attività lavorativa.

ART. 5

G - INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA

La Società, nei casi di:

- malattia o infortunio

indennizzabili a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato un importo giornaliero, pari a quello indicato in polizza previsto per l'indennità giornaliera da ricovero, per ogni giorno di gessatura, a partire dal giorno di applicazione sino a quello di rimozione della stessa, per un periodo massimo di 60 giorni per sinistro.

Si conviene che, in caso di:

- immobilizzazione dovuta a fratture scomposte delle coste e del bacino o a frattura composta di almeno due archi costali,

l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto per un periodo massimo di 30 giorni per sinistro;

e che, in caso di:

- frattura delle dita,

l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto per un periodo massimo di 20 giorni per sinistro.

Si conviene inoltre che:

- qualora successivamente alla rimozione della gessatura sia prescritta una degenza domiciliare di almeno 5 giorni,

la Società corrisponde all'Assicurato un ulteriore importo giornaliero, pari ad un quarto di quello indicato in polizza previsto per l'indennità giornaliera da ricovero, per un periodo massimo di 10 giorni per sinistro.

In caso di immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia, l'indennità verrà corrisposta purchè l'applicazione di tali mezzi di immobilizzazione sia prescritta da specialista ortopedico e per il numero di giorni dallo stesso specialista prescritti.

L'indennità giornaliera da gessatura di cui al presente articolo non è cumulabile con l'indennità giornaliera da ricovero di cui all'art. 3 e con l'indennità giornaliera da convalescenza post-ricovero di cui all'art. 4.

CONDIZIONE SPECIALE

(operante, in deroga a quanto riportato precedentemente, solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione della relativa lettera)

ART. 6

M - ESCLUSIONE PRESTAZIONI CONSEGUENTI AD INFORTUNIO

A parziale deroga dell'art. 3 - Indennità Giornaliera da Ricovero e dell'art. 4 - Condizione Aggiuntiva C - Indennità Giornaliera da Convalescenza post-ricovero, le prestazioni ivi previste devono intendersi non operanti nei casi di ricovero, day hospital, day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale resi necessari da infortunio.

COME POSSO ASSICURARMI

ART. 7

TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo quanto previsto nelle condizioni di assicurazione - Sezione- "Norme Comuni a tutte le garanzie - Garanzie Assistenza e Tutela Legale" art. 1, le garanzie decorrono:

per gli infortuni

dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;

per le malattie

dal 30° giorno successivo;

per le conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto e/o siano comunque noti al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula, purché dichiarati alla Società e da questa accettati con l'apposito patto speciale previsto all'art. 9

dal 30° giorno successivo;

per gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note

al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula

dal 180° giorno successivo;

per il parto

dal 300° giorno successivo.

Si precisa altresì che:

per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio,

le garanzie sono operanti - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato con la Società riguardante analoghe garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le persone, le prestazioni e le somme da quest'ultimo previste;
- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle diverse persone, alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate.

COSA NON È ASSICURATO

ART. 8

ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- a) conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati, salvo per questi ultimi l'eventuale assicurabilità mediante l'esplicito patto speciale previsto all'art. 9;
- b) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci e/o di alcool, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- c) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- e) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- f) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative;

- g) le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- h) le cure cellulose-tessutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali;
- i) le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne eseguiti entro 360 giorni dall'intervento chirurgico demolitivo, purchè effettuati durante la validità del contratto);
- j) le prestazioni sanitarie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonché quelle non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- k) le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto (salvo si tratti di cure rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne);
- l) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
- m) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- n) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali ancorché nell'ambito di istituti di cura;
- o) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- p) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni (salvo che per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche occorsi all'Assicurato al di fuori della Regione ove è fissata la sua residenza);
- q) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per gli infortuni derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero - con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino - in un Paese sino ad allora in pace);
- r) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- s) gli infortuni:
- derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato);
 - avvenuti quando l'Assicurato sia in stato di ubriachezza, o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
 - derivanti dalla pratica di sports aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove;
 - derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, scalata di rocce o ghiacciai, salto dal trampolino con sci ed idrosci, sci acrobatico, immersione con autorespiratore;
- t) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero.

Per le diverse persone, le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato alle lettere a) ed f) si applicherà con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

ART. 9

RISCHI ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Fermo quanto previsto all'art. 8, let. a) e fermo restando l'obbligo del Contraente e/o dell'Assicurato di dichiarare alla Società, all'atto della stipula del contratto, gli infortuni, le malattie, i difetti fisici, le malformazioni e gli stati patologici insorti anteriormente, già diagnosticati e/o curati e/o comunque a loro noti al momento della stipula stessa del contratto, l'eventuale assicurazione per le conseguenze dirette di tali situazioni fisiche e stati patologici preesistenti può essere prestata solo mediante patto speciale, che deve risultare esplicitamente in polizza.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITA'

ART. 10

OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro dieci giorni da quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il decimo giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Successivamente, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia conforme della cartella clinica completa e in originale i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

ART. 11

CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali dei documenti rilasciati dall'istituto di cura (cartella clinica, certificati medici) e di ogni altra documentazione medica necessaria.

ART. 12

CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire 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 per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

ART.13

PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo che risulta dovuto, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo stesso entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'avente diritto.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA

- Bypass aorto-coronarico
- Pericardiectomia parziale o totale
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Correzione di coartazione aortica
- Correzione totale di anomalie congenite del cuore
- Derivazione aortopolmonare
- Interventi a cuore aperto
- Interventi di sostituzione valvolare
- Interventi per fistole arterovenose del polmone

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Resezione dell'esofago cervicale
- Timectomia per via cervicale

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi, ascessi o per correzione di altre condizioni patologiche endocraniche per via craniotomia
- Emisferectomia - lobectomia
- Interventi endorachidei, per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni meningomidollari
- Interventi per derivazione liquorale diretta e indiretta
- Interventi sull'ipofisi
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Operazioni per encefalocele o meningocele
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Interventi sulla ghiandola pineale
- Interventi sul talamo o sul globo pallido

ESOFAGO

- Esofagoplastica
- Interventi sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Interventi sull'esofago per tumori maligni: resezioni parziali basse - alte - totali
- Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitarlo
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale
- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia
- Correzione di palatoschisi

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche maggiori
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari

GINECOLOGIA

- Vulvectomy allargata
- Isterectomia radicale per via addominale per neoplasia maligna
- Mastectomia radicale

ORTOPEDIA

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomia.
- Sostituzione totale di una delle seguenti articolazioni: anca, ginocchio, tibiotar-sica, polso, spalla, gomito
- Amputazione di tumori ossei e forme pseudo tumorali vertebrali
- Artrodesi vertebrale per via anteriore o per spondilolistesi
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Osteosintesi vertebrale
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Ricostruzione del pollice in microchirurgia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Faringo-laringectomia
- Laringectomia totale
- Asportazione dei tumori maligni delle cavità nasali e dei seni paranasali
- Exeresi di neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Orecchio: antro-atticotomia
- Resezione e plastiche tracheali per neoplasie maligne

PANCREAS - MILZA

- Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
- Pancreasectomia parziale o totale
- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi per fistole pancreatiche
- Derivazioni pancreato-Wirsung-digestive
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Interventi per atresia dell'ano
- Intervento per atresia congenita dell'esofago.
- Cisti e tumori del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Fistola congenita dell'esofago
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhalen o Swenson
- Interventi di resezione per megauretere
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Interventi correttivi per palatoschisi

INTESTINO

- Colectomia totale
- Procto-colectomia con confezione di "reservoir"
- Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali.

RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addomino-perineale

STOMACO - DUODENO

- Gastrectomia totale per neoplasia maligna
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica

TORACE E CHIRURGIA TORACICA

- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Pneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Lobectomia
- Toracoplastica totale
- Timectomia per via toracica

UROLOGIA

- Cistectomia totale
- Intervento per fistola vescico-intestinale
- Nefrectomia allargata per neoplasia maligna
- Nefro-ureterectomia totale
- Prostatectomia radicale per neoplasia maligna
- Surrenectomia
- Uretero-entero-anastomosi.

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi
- Interventi sui vasi intracranici
- Interventi che necessitano di circolazione extracorporea o cardioplegia
- Shunt venoso intraddominale (TIPSS)

TRAPIANTI

- Tutti

ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

TUMORE MALIGNO

malattia caratterizzata dalla crescita diffusa e incontrollata di cellule maligne con invasione dei tessuti normali. La definizione include la leucemia e le patologie maligne del sistema linfatico, come la malattia di Hodgkin.

Sono esclusi tutti i carcinomi in-situ, la malattia di Hodgkin in stadio I°, le lesioni intraepiteliali prostatiche di alto grado (PIN), tutti i tumori cutanei (eccetto il melanoma maligno invasivo a partire dallo stadio III° di Clark) e tutti i tumori maligni in presenza di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS).

INFARTO DEL MIOCARDIO

necrosi di una porzione di tessuto miocardico dovuta ad inadeguata perfusione sanguigna. La diagnosi viene posta in presenza di tutti i seguenti elementi: anamnesi di dolore toracico tipico, comparsa di modificazioni specifiche elettrocardiografiche, innalzamento dei marker enzimatici cardiaci.

ARTEROSCLEROSI CORONARICA

grave stenosi od occlusione di arterie coronarie nel caso che si renda necessario intervento cardiocirurgico di bypass aorto-coronarico (BPAC) di una o più arterie coronarie.

L'intervento deve ritenersi necessario dopo valutazione coronarografica.

Sono incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzato alla disostruzione.

ICTUS

qualsiasi accidente cerebrovascolare che provochi sintomi neurologici di durata superiore alle 24 ore e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione di origine extracranica. Devono rendersi evidenti deficit neurologici documentabili per almeno 3 mesi.

PARALISI

totale ed irreversibile perdita della funzione di uno o più arti in seguito a infortunio o a malattia. La paralisi deve essere documentata clinicamente per un periodo di almeno tre mesi.

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 492.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



Groupama
Assicurazioni



Groupama
Assicurazioni

SALUTE

QUISICURA SALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Invalità permanente da malattia

Documento redatto secondo le linee guida
"Contratti Semplici e Chiari"

CGA

INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**CHI E COSA E' ASSICURATO** **2**

- Art. 1 Chi è assicurato 2
- Art. 2 Persone non assicurabili 2
- Art. 3 Cosa è assicurato - Invalidità permanente da malattia 2

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA **3**

- Art. 4 Rendita vitalizia da malattia 3

COME POSSO ASSICURARMI **4**

- Art. 5 Termini di aspettativa 4

COSA NON È ASSICURATO **4**

- Art. 6 Esclusioni 4
- Art. 7 Rischi assicurabili con patto speciale 5

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITA' **5**

- Art. 8 Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro 5
- Art. 9 Criteri di liquidazione 6
- Art. 10 Criteri di indennizzabilità - liquidazione della Invalidità
permanente da malattia 6
- Art. 11 Controversie: Arbitrato Irrituale 7
- Art. 12 Pagamento dell'indennizzo 7

INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione della relativa somma assicurata)

CHI E COSA E' ASSICURATO

ART. 1

CHI E' ASSICURATO

Sono assicurabili la singola persona, gli appartenenti ad un nucleo familiare o i soci di una Contraente Persona Giuridica o il nucleo familiare di un singolo socio di detta Contraente.

L'Assicurato o gli Assicurati sono nominativamente indicati in Polizza (mod. 22003) con le garanzie rese operanti.

ART. 2

PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora al momento della stipula dell'assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V., A.I.D.S. o sindromi correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, l'assicurazione stessa cessa, contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 C.C., senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 3

COSA E' ASSICURATO - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La Società, in caso di:

- malattia, diagnosticata nel corso del periodo di validità dell'assicurazione, che ha per conseguenza una invalidità permanente manifestatasi non oltre un anno dalla cessazione dell'assicurazione,

corrisponde:

- l'indennità calcolata sulla somma assicurata secondo i criteri di valutazione e di indennizzabilità di seguito specificati.

Criteri di valutazione - Accertamento del grado di invalidità permanente da malattia

La percentuale di invalidità permanente viene accertata con riferimento alla Tabella delle Valutazioni del Grado Percentuale di Invalidità Permanente allegata al DPR 30/6/1965 n. 1124 e sue successive modifiche e/o integrazioni intervenute fino al 31/12/1999.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella sopra menzionata, la percentuale di invalidità è stabilita con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità

generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Per organi o arti che abbiano subito una minorazione, anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali di invalidità previste dalla Tabella sopra citata per la perdita totale degli stessi, vengono ridotte in proporzione alla definitiva perdita funzionalità di detti organi o arti.

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

La minorazione o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

L'accertamento da parte della Società avviene tramite visita medico-legale effettuata tra il sesto ed il diciottesimo mese decorrenti dalla data di manifestazione della malattia.

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

In ogni caso l'Assicurato deve interrompere il termine di prescrizione (art. 2952 C.C.).

Le invalidità permanenti da malattia già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA GARANZIA FACOLTATIVA

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con l'indicazione della relativa rata mensile assicurata)

ART. 4

RENDITA VITALIZIA DA MALATTIA

Nel caso in cui, a seguito di sinistro indennizzabile ai sensi del presente contratto, residui all'Assicurato una invalidità permanente da malattia di grado pari o superiore al 66% della totale - accertata in base ai criteri indicati all'art. 3 - la Società, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'indennizzo per invalidità permanente da malattia di cui all'art. 3, riconosce all'Assicurato una rendita vitalizia immediata rivalutabile, dell'importo mensile iniziale indicato in polizza.

La costituzione della rendita vitalizia viene effettuata mediante stipula di specifica polizza vita, nella forma a premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.

L'effetto della polizza vita coinciderà con la data della sottoscrizione dell'atto di quietanza con il quale è liquidata l'invalidità permanente da malattia di cui all'art. 3. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuato dodici mesi dopo l'effetto della polizza vita.

La rendita assicurata, annualmente rivalutata, viene corrisposta all'Assicurato vita natural durante.

COME POSSO ASSICURARMI

ART. 5

TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo quanto previsto nelle condizioni di assicurazione - Sezione "Norme Comuni a tutte le garanzie - Garanzie Assistenza e Tutela Legale" - art. 1, le garanzie decorrono:

dal 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato con la Società riguardante analoghe garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le persone, le prestazioni le somme da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle diverse persone, alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate.

COSA NON È ASSICURATO

ART. 6

ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- a) le malattie, le malformazioni e gli stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati, salvo per questi ultimi l'eventuale assicurabilità mediante l'esplicito patto speciale previsto all'art. 7;
- b) le preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo;
- c) le conseguenze, anche indirette, derivanti da abuso di psicofarmaci e/o di alcool, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni dell'Assicurato;
- d) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) le conseguenze derivanti da prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- f) le conseguenze di trattamenti dietologici o estetici;
- g) le conseguenze di prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale

- o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- h) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- i) le conseguenze di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (compresi, invece, quelli derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato);
- j) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni.
- k) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per le conseguenze derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero - con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino - in un Paese sino ad allora in pace);
- l) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- m) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero.

Per le diverse persone, le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato alla lettera a) si applicherà con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

ART. 7

RISCHI ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Fermo quanto previsto all'art. 6, let. a) e fermo restando l'obbligo del Contraente e/o dell'Assicurato di dichiarare alla Società, all'atto della stipula del contratto, gli infortuni, le malattie, i difetti fisici, le malformazioni e gli stati patologici insorti anteriormente, già diagnosticati e/o curati e/o comunque a loro noti al momento della stipula stessa del contratto, l'eventuale assicurazione per le conseguenze dirette di tali situazioni fisiche e stati patologici preesistenti può essere prestata solo mediante patto speciale, che deve risultare esplicitamente in polizza.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITA'

ART. 8

OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso scritto della malattia all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro 30 giorni, da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa comportare un'invalidità permanente, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica che contenga diagnosi circostanziata sulla causa e sulla natura dell'infermità.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e fornire la documentazione richiesta. Se ritenuto necessario per la corretta definizione del sinistro, su richiesta della Società gli eredi dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato con assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi, se lo ritengono opportuno.

L'Assicurato, su richiesta della Società, deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati; l'Assicurato e in difetto gli eredi devono fornire ogni informazione e produrre in originale la cartella clinica completa, i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

ART. 9

CRITERI DI EROGAZIONE DEL RIMBORSO SPESE MEDICHE

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

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato ad avvenuta stabilizzazione dei postumi muore per causa indipendente dall'infortunio denunciato e prima che l'indennizzo sia stato corrisposto, la Società, su presentazione del certificato di morte dell'Assicurato, paga agli eredi, secondo le norme della successione legittima o testamentaria:

- l'importo liquidato;
- oppure, in assenza di liquidazione
- l'importo offerto in misura determinata;
- oppure, in assenza di offerta in misura determinata
- l'importo oggettivamente determinabile in funzione dell'invalidità permanente certificata e comprovata da certificato di guarigione e documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi ante decesso (a titolo esemplificativo: certificazione medica ASL, INPS, INAIL o similare) appositamente trasmessa dagli eredi.

ART. 10

CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ - LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

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

Sono in ogni caso escluse preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo.

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

La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali riportate nella tabella seguente:

% DI I.P. ACCERTATA	% DI I.P. DA LIQUIDARE	% DI I.P. ACCERTATA	% DI I.P. DA LIQUIDARE
25	5	46	46
26	8	47	47
27	11	48	48
28	14	49	49
29	17	50	50
30	20	51	51
31	23	52	52
32	26	53	53
33	29	54	54
34	32	55	55
35	35	56	59
36	36	57	63
37	37	58	67
38	38	59	71
39	39	60	75
40	40	61	79
41	41	62	83
42	42	63	87
43	43	64	91
44	44	65	95
45	45	oltre 65	100

ART. 11

CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire 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 per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

ART. 12

PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo che risulta dovuto, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo stesso entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'avente diritto.

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 492.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



Groupama
Assicurazioni