

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PARTE COMUNE

1. PREMESSA

L'Assicurazione è prestata esclusivamente per le garanzie riportate sulla Polizza e nelle Condizioni di Assicurazione per le somme assicurate e/o i massimali in esse indicati, entro i limiti di indennizzo e con l'applicazione delle franchigie e degli scoperti riportati in Polizza e nel presente documento.

Le Condizioni di Assicurazione contengono, la "Parte Comune", le Norme generali e le garanzie acquistate per ciascuna delle Sezioni scelte.

2. DEFINIZIONI

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

Assicurato	La persona residente in Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano a favore della quale è prestata l'assicurazione.
Atto terroristico	Un atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscano da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'Assicurato.
Centrale Operativa Medica	<i>La struttura in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00 esclusi i festivi, costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite dal contratto.</i>
Contraente	La persona fisica o giuridica con la quale è stipulato il contratto.
Day Hospital	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno, documentata da rilascio di cartella clinica.
Day Surgery	Intervento chirurgico effettuato in istituto di cura, in regime di degenza diurna, che non comporta pernottamento, documentato da cartella clinica.
Difetto fisico	La mancanza o l'imperfezione (genetica e non) non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza.
Franchigia	La parte del danno indennizzabile a termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato, espressa in gradi percentuali per il caso di Invalidità Permanenti o in giorni per le indennità o in importo fisso per i rimborsi spese.
Frattura	Lesione ossea che consiste in una soluzione di continuità completa o incompleta con o senza spostamento dei frammenti.
Inabilità temporanea	Perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, l'invalidità permanente o una inabilità temporanea.
Invalità permanente	La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con l'Assistenza Sanitaria Sociale e/o private, regolarmente autorizzate al ricovero dei malati, esclusi comunque gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, i Centri Benessere in genere e le Beauty Farm o Istituti assimilabili.
Lettera di impegno	Il documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e Struttura Medica Convenzionata in relazione al ricovero, all'intervento chirurgico o alla prestazione diagnostica extraricovero e con riferimento alle condizioni di assicurazione; tale documento deve essere sottoscritto dall'Assicurato all'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Malformazione	Ogni alterazione fisica e/o psichica (genetica e non) sviluppatasi durante la vita intrauterina.
Pagamento a rimborso	La liquidazione a rimborso che la Società effettua per le spese sostenute in via anticipata dall'Assicurato per prestazioni indennizzabili a termini di contratto.
Pagamento diretto	Il servizio di liquidazione che la Società, in nome e per conto dell'Assicurato, effettua nei confronti della Struttura Medica Convenzionata per le spese relative a ricoveri, interventi chirurgici o prestazioni diagnostiche extraricovero indennizzabili a termini di contratto.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	La parte di danno indennizzabile a termini di polizza, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Generali Italia S.p.A.
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, Convenzionate convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.

Definizioni specifiche valide per garanzie Assistenza

Struttura Organizzativa	EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. con sede in Milano, P.zza Trento 8, Codice Fiscale 80039790151, Partita IVA 00776030157 iscritta al Registro delle Imprese di Milano Rea 754519 ed alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108, società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto di Generali Italia S.p.A. al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza entro i diversi limiti previsti dal contratto e con costi a carico di Generali Italia S.p.a..
Prestazioni	Le assistenze prestate agli Assicurati. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Struttura Organizzativa che agisce in nome e per conto della Società.
Definizioni specifiche valide per la garanzia Tutela Legale	
Arbitrato	E' una procedura alternativa al ricorso alla giurisdizione civile ordinaria, che le parti possono adire per definire una controversia o evitarne l'insorgenza.
Assistenza/Fase stragiudiziale	E' l'attività che viene svolta tentando una mediazione tra le parti, al fine di comporre bonariamente una controversia ed evitare quindi il ricorso al giudice.
Danno extracontrattuale	E' il danno ingiusto derivante da un fatto illecito; tipicamente è il danno subito alla persona o a cose in conseguenza di un comportamento colposo di altre persone. Tra il danneggiato e il responsabile non esiste alcun rapporto contrattuale o, se esiste, non ha alcun nesso con l'evento dannoso.
Fatto illecito	Qualsiasi fatto commesso in violazione di norme dell'ordinamento giuridico, fuori delle ipotesi di inadempimento contrattuale.
Insorgenza del sinistro	Il momento nel quale inizia la violazione anche presunta di una norma di legge o di contratto. Ai fini della validità delle garanzie contenute nella sezione Tutela Legale, questo momento deve essere successivo a quello di perfezionamento della polizza e, se il comportamento contestato è continuato, si prende in considerazione la prima violazione. Più semplicemente, l'insorgenza non è il momento nel quale inizia la controversia o il procedimento, ma quello in cui si verifica la violazione che determina la controversia o il procedimento stesso.
Spese di soccombenza	Sono le spese che la parte che perde una causa civile dovrà pagare alla parte vittoriosa. Il giudice decide se e in che misura tali spese devono essere addebitate a una delle parti.
Transazione	Accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite già insorta o ne prevengono una che potrebbe nascere.

3. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 3.1 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia - Mezzi di pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se a tale data sono stati pagati il premio o la prima rata di premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

I premi devono essere pagati all'agenzia di riferimento oppure alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile. Il premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo.

Il versamento del premio può avvenire, nei limiti previsti dalla normativa vigente, con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
 - tramite POS o, ove disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico;
 - per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità, su conto corrente postale dedicato (*);
 - con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 - con assegno bancario (**) o postale (**) intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità, con clausola di intrasferibilità;
 - per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato (*) dell'intermediario;
 - per mezzo di autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD); in questo caso il premio si intende pagato, salvo il buon fine degli addebiti stessi, nel giorno di sottoscrizione del mandato SEPA, quanto alla prima rata di premio; alle scadenze prefissate in polizza per le rate successive;
 - fermo quanto disposto dal punto precedente, se il premio viene corrisposto mediante procedura Sepa Direct Debit (SDD) con frazionamento del premio annuale in più rate, in caso di mancato pagamento anche di una singola rata, la copertura resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza relativa alla rata scaduta.
- In caso di sospensione la copertura produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga, con bonifico o recandosi direttamente presso l'Agenzia tutte le rate scadute e non pagate, nonché la parte del premio residuo a completamento dell'annualità.
- In caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione alla Società;
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:

nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio e, conseguentemente, quello di decorrenza della garanzia coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo POS o bonifico bancario, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società o sul conto assicurativo dedicato dell'intermediario nei casi previsti.

(*) si tratta del conto separato, previsto ai sensi dell'art. 117 "Separazione patrimoniale" del D.Lgs. 209/2005 - Codice delle Assicurazioni, nonché ai sensi dell'articolo 54 "Obbligo di separazione patrimoniale" del Regolamento ISVAP 5/2006, che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.

(**) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

Art. 3.2 Durata del contratto e proroga dell'assicurazione

Il periodo di assicurazione è stabilito nella durata di un anno; se l'assicurazione è stipulata per una durata inferiore, il periodo di assicurazione coincide con la durata indicata in polizza.

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata o PEC, almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per una durata pari ad un anno e così successivamente.

Qualora sia stato scelto il non tacito rinnovo, l'assicurazione cessa alla sua naturale scadenza senza necessità di disdetta.

Per i contratti di durata poliennale, non è possibile disdettare il contratto prima della scadenza prevista in polizza o, se il contratto supera i cinque anni, trascorso il quinquennio, è facoltà del Contraente recedere dal contratto senza oneri con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata ai sensi dell'articolo 1899 del codice civile.

In caso di anticipata risoluzione o di esclusione di singoli Assicurati non seguita da sostituzione, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio relativo all'annualità in corso.

Art. 3.3 Assicurazioni presso diversi assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile, deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio ad eccezione di quelle stipulate per suo conto da terzi per obblighi di legge o di contratto e di quelle per cui è in possesso in quanto garanzie accessorie ad altri servizi (es: abbinate a biglietti di viaggio, conti correnti, carte di credito, mutuo fondiario o ipotecario).

Art. 3.4 Dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società.

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

Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio ai sensi degli artt. 1897 e 1898 del codice civile.

Art. 3.5 Comunicazione tra le Parti

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e/o Assicurato è tenuto, devono essere fatte per iscritto e inviate all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza mediante:

- Posta Elettronica certificata PEC.
- Lettera raccomandata.

Le comunicazioni alle quali è tenuta la Società, devono essere fatte per iscritto e inviate mediante:

- Posta Elettronica certificata PEC.
- Lettera raccomandata.

Art. 3.6 Obblighi del Contraente – accesso degli Assicurati alle posizioni assicurative sottoscritte

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi e di conseguenza siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:

- *Il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le condizioni di assicurazione;*
- *Gli Assicurati stessi hanno la possibilità, collegandosi al sito internet della Società, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.*

Art. 3.7 Recesso in caso di sinistro

A seguito della denuncia effettuata a termini di polizza nell'ambito della intera durata del contratto, di qualunque sinistro conseguente ad infortunio, il Contraente e la Società possono recedere dall'assicurazione dandone preavviso all'altra Parte mediante lettera raccomandata o PEC.

Tale facoltà può essere esercitata fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso da parte della Società avrà effetto alla scadenza della rata di premio, anche di frazionamento, in corso al momento dell'invio della comunicazione oppure, se la relativa comunicazione è stata inviata meno di 30 giorni prima della scadenza, alla scadenza successiva.

Tuttavia, se esercitato dal Contraente il recesso ha effetto dal giorno stesso dell'invio della comunicazione.

In tal caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto delle Parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

Se la polizza prevede anche una o più delle garanzie Invalidità permanente da malattia, Rendita vitalizia da malattia, Invalidità permanente da ictus o infarto, Indennità giornaliera per ricovero e per convalescenza da infortunio o malattia, Rimborso delle spese sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico, Indennizzo forfettario per intervento chirurgico, Rendita vitalizia da malattia, la Società, previa richiesta dell'Assicurato, si impegna alla prosecuzione delle suddette garanzie per la residua durata ed alle condizioni in vigore al momento del recesso.

Art. 3.8 Adeguamento delle somme assicurate e del premio

In occasione di ciascuna scadenza annuale, le somme assicurate ed il premio delle garanzie Invalidità permanente da infortunio, Morte da infortunio, Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio, Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio, Pronto indennizzo per inabilità temporanea da infortunio, Rimborso spese sanitarie da infortunio, Indennità giornaliera per ricovero e per convalescenza da Infortunio - se presenti in polizza - sono soggetti ad adeguamento in misura costante pari al 3% degli importi inizialmente stabiliti.

L'adeguamento non opera per le somme che determinano gli scaglioni di franchigia e nel caso in cui sia stata scelta la non operatività dell'adeguamento infortuni.

Art. 3.9 Adeguamento del premio in relazione all'età dell'Assicurato

In occasione di ciascuna scadenza annuale per le garanzie Invalidità permanente da malattia, Invalidità permanente da ictus o infarto, Indennità giornaliera per ricovero e per convalescenza da Infortunio o malattia, Rimborso delle spese sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico, Indennizzo forfettario per intervento chirurgico, Rendita vitalizia da malattia - se presenti in polizza - è previsto l'aggiornamento del premio, in ragione della maggiore età raggiunta da ciascun Assicurato, nella misura di aumento forfettario del 3% rispetto all'annualità precedente.

L'adeguamento non opera nel caso in cui sia stata scelta la non operatività dell'adeguamento malattie.

Art. 3.10 Dichiarazione di non fumatore

Il premio relativo alle garanzie Invalidità permanente da malattia, Invalidità permanente da ictus o infarto, Indennità giornaliera per ricovero e per convalescenza da infortunio o malattia, Rimborso delle spese sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico, Indennizzo forfettario per intervento chirurgico, Rendita vitalizia da malattia, si basa su di una tariffa che prevede premi inferiori per i non fumatori, pertanto per dichiarazioni inesatte e reticenti all'atto della stipulazione ovvero per mancata comunicazione dell'aggravamento del rischio per venir meno dello stato di non fumatore, il pagamento del sinistro è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

Si considera non fumatore una persona che non ha fatto uso neanche sporadico di tabacco negli ultimi due anni e che negli ultimi cinque anni non ha dovuto smettere di fumare per motivi di salute su indicazione medica. Si equipara al tabacco l'uso di sigaretta elettronica.

Art. 3.11 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette al momento della stipula del contratto da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, AIDS.

Ai fini delle garanzie Invalidità permanente da infortunio, Morte da infortunio, Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio, Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio, Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio, Rendita vitalizia da infortunio, Rimborso spese sanitarie da infortunio, Indennità giornaliera per ricovero e per convalescenza da infortunio, oltre le affezioni di cui sopra, non sono assicurabili persone affette al momento della stipula da epilessia e/o una delle seguenti malattie mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive.

In caso di insorgenza in corso di contratto il Contraente e/o l'Assicurato deve darne avviso alla Società, che può recedere con effetto immediato per aggravamento di rischio, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile dando comunicazione per iscritto all'altra parte entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza della causa di inassicurabilità.

Spettano alla Società i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicato il recesso.

Art. 3.12 Variazione della residenza

L'Assicurato è tenuto a dare immediata comunicazione di eventuali variazioni del comune di residenza intervenute in corso di contratto.

In caso di trasferimento della residenza all'estero, la Società, può recedere con effetto immediato per aggravamento di rischio, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, dando comunicazione per iscritto all'altra parte entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza della variazione.

Spettano alla Società i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicato il recesso.

Art. 3.13 Rinuncia all'azione di Rivalsa

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile verso il responsabile dell'infortunio o malattia, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili.

Art. 3.14 Oneri

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 3.15 Controversie - Perizia contrattuale

In caso di controversie di natura medica, le Parti possono demandare la decisione ad un confronto tra un medico fiduciario della Società ed un medico nominato dall'Assicurato. L'accordo è vincolante per le Parti.

Quando si verifichi disaccordo sui punti controversi, i due Medici possono, con il consenso delle Parti nominarne un Terzo.

Se i due Medici non si accordano sulla nomina del Terzo, tale nomina, anche su istanza di una sola delle Parti, è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Terzo Medico interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza e sono vincolanti per le Parti.

Ciascun Medico ha facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altri medici e/o specialisti, i quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza però avere alcun voto deliberativo.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del proprio Medico e dei professionisti nominati dal proprio Medico che hanno coadiuvato le operazioni peritali. Le spese e competenze del terzo Medico sono ripartite a metà tra l'Assicurato e la Società.

I risultati delle operazioni peritali sono raccolti in un verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per l'Assicurato e uno per la Società.

Art. 3.16 Foro competente

Per le controversie relative al contratto il Foro competente, è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

Per le controversie relative al contratto, l'esercizio dell'azione giudiziale è subordinato al preventivo esperimento del procedimento di mediazione mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice territorialmente competente di cui al I capoverso (artt. 4 e 5 D. Lgs. 4.3.2010 n. 28 così come modificato dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98).

Art. 3.17 Rinvio alle norme di legge

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

NORME GENERALI

4. NORME GENERALI IN CASO DI INFORTUNIO

Le norme generali che seguono si intendono operanti per le seguenti garanzie e integrano quanto previsto per le discipline specifiche:

- Morte da infortunio
- Invalidità permanente da infortunio
- Rendita vitalizia da infortunio
- Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio
- Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio
- Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio
- Indennità giornaliera per ricovero e convalescenza da infortunio
- Rimborso spese sanitarie da infortunio

Art. 4.1 Oggetto dell'assicurazione (ambito di operatività)

Si definisce infortunio ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Se è stato scelto ambito di operatività h24, l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle proprie attività professionali dichiarate in polizza ed ogni altra attività relativa alla vita privata e familiare.

Se è stato scelto ambito di operatività solo professionale l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle proprie attività professionali dichiarate in polizza, **incluso il rischio in itinere**.

Ai fini della validità di tali opzioni l'Assicurato dichiara di svolgere attività professionale alle dipendenze di terzi.

Qualora nel corso del contratto si verifichi un cambiamento dell'attività professionale dichiarata in polizza, l'Assicurato deve darne immediata comunicazione alla Società che valuterà l'eventuale diminuzione o aggravamento del rischio ai sensi dell'art. 1897 e art. 1898 del Codice Civile.

Se è stato scelto ambito di operatività solo extraprofessionale l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività non avente carattere professionale, inerente le occupazioni familiari e domestiche, il tempo libero, la pratica di hobby ed in generale qualsiasi manifestazione della vita quotidiana. Restano quindi esclusi tutti gli infortuni verificatisi durante lo svolgimento delle attività a carattere professionale e comunque, per coloro i quali siano soggetti all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro quelli che si dovessero verificare in circostanze tali da farli rientrare nella sfera di competenza della suddetta assicurazione obbligatoria.

Art. 4.2 Operatività e delimitazioni dell'assicurazione

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Sono compresi in garanzia tutti gli eventi, non espressamente esclusi, aventi le caratteristiche di infortunio inclusi:

- gli infortuni sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato (colpa grave dell'Assicurato);
- le lesioni corporali derivanti da tumulti popolari, purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni subiti in stato di malore, incoscienza o vertigini;
- gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque esercitata;
- gli infortuni causati da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni, salvo il caso in cui l'Assicurato sia rimasto vittima di tali eventi all'interno del comune di residenza.

Sono inoltre assimilati ad infortunio:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
- b) l'assideramento e il congelamento;
- c) le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze se dovute a causa fortuita;
- d) l'asfissia di origine non morbosa;

- e) l'annegamento;
- f) le conseguenze delle infezioni dovute ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, escluse in ogni caso le malattie;
- g) le ustioni provocate da animali o da vegetali, gli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti, esclusa comunque la malaria;
- h) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari per la cura delle lesioni derivanti da infortuni indennizzabili a termini di polizza;
- i) le lesioni muscolari da sforzo, esclusi infarti e rotture sottocutanee di tendini dovute a sforzo;
- j) le ernie addominali da causa violenta, escluse quelle antecedenti alla stipula della polizza; in tal caso la Società liquida esclusivamente un'indennità giornaliera da ricovero per l'intervento chirurgico (valida anche in caso di day-hospital), pari a 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente, con il limite di euro 150,00. Viene inoltre corrisposta un'indennità forfettaria di convalescenza post-intervento di euro 500,00. Nel caso l'ernia dovesse risultare tecnicamente non operabile, verrà corrisposta un'indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 10% della relativa somma assicurata ferma l'applicazione delle franchigie di polizza.

Art. 4.3 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni:

- a) *causati da ebbrezza se alla guida di mezzi di locomozione, da abuso di psicofarmaci, da uso di sostanze stupefacenti o allucinogene. Per ebbrezza si intende la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolemico superiore a 0,8 grammi/litro;*
- b) *causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 6 mesi o se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del sinistro stesso;*
- c) *occorsi alla guida di aeromobili in genere e/o in qualità di passeggero su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri, su aeromobili di aeroclub, su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali, per esempio, deltaplani, ultraleggeri, parapendio);*
- d) *occorsi per attività di paracadutismo o immersioni con autorespiratore a qualunque titolo praticate;*
- e) *causati da uso di mezzi subacquei;*
- f) *derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato anche in concorso;*
- g) *sofferiti durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale; sono comunque compresi in garanzia gli infortuni avvenuti in Italia in tempo di pace;*
- h) *causati da guerra ed insurrezione, salvo il caso nel quale l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio tali eventi all'estero. In tal caso la copertura opera fino ad un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;*
- i) *causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari per la cura delle lesioni derivanti da infortuni indennizzabili a termini di polizza;*
- j) *conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra;*
- k) *conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, e/o di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
- l) *causati da pratica di qualsiasi attività sportiva professionale. Per tale si intende un'attività sportiva svolta, in via continuativa e/o prevalente rispetto ad ogni altra occupazione, a titolo oneroso nell'ambito di un rapporto di lavoro subordinato oppure autonomo;*
- m) *conseguenti alla pratica delle seguenti attività sportive a qualsiasi titolo praticate: pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado, arrampicata libera (free climbing), discesa con qualunque mezzo di tratti fluviali con difficoltà superiori al 3° grado della scala WW, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, kite-surf, snow-kite, sci acrobatico, sci o snow-board estremi, bob, rugby, football americano, sport aerei in genere, sport estremi;*
- n) *derivanti dall'uso e guida di veicoli a motore su circuiti adibiti agli sport motoristici salvo che si tratti di motoraduni o autoraduni;*
- o) *derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di natanti a motore nonché a regate veliche svolte in mari diversi dal Mar Mediterraneo;*

p) derivanti da partecipazione a competizioni organizzate da Federazioni Sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.) di calcio, calcio a 5 (e simili), sci e snow-board non estremi, ciclismo, sport equestri, hockey.

Tuttavia, qualora l'infortunio si verifichi in tali casi e l'Assicurato sia di età inferiore a 18 anni, la Società corrisponderà l'indennizzo in misura ridotta del 50%.

Art. 4.4 Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto dei medesimi, entro 10 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, sino a guarigione avvenuta.

L'Assicurato o i suoi familiari, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

Qualora l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla Società.

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

Art. 4.5 Criteri di indennizzabilità

La Società liquida l'indennizzo convenuto soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, che risulti indennizzabile a termini di polizza.

Pertanto, l'influenza che l'infortunio può aver esercitato sulle condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti/mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito la persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Se l'infortunio si verifica nello svolgimento di un'attività professionale diversa da quelle dichiarate in polizza, ovvero nello svolgimento di altra attività che comporti comunque caratteristiche di professionalità, l'indennizzo è dovuto:

- integralmente, se all'attività professionale svolta al momento del sinistro corrisponde un rischio non maggiore di quello delle attività professionali indicate in polizza;
- in misura ridotta in base alle percentuali indicate nella tabella sotto riportata, se all'attività professionale svolta al momento del sinistro corrisponde un rischio maggiore.

		ATTIVITÀ DICHIARATA IN POLIZZA			
		Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
ATTIVITÀ PROFESSIONALE SVOLTA AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO	Classe A	100	100	100	100
	Classe B	80	100	100	100
	Classe C	50	65	100	100
	Classe D	40	50	80	100

Qualora l'attività professionale svolta al momento dell'infortunio sia annoverabile tra le seguenti:

- sportivi professionisti;
- personale viaggiante su aeromobili o mezzi subacquei;

la Società non corrisponderà alcun indennizzo.

Per la valutazione del grado di rischio delle varie attività professionali si deve far riferimento alla classificazione riportata nell'elenco "Codici Attività Professionali". In caso di attività non specificate in detto elenco saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad un'attività elencata.

CODICI ATTIVITA' PROFESSIONALI

L'assicurazione è prestata in base alla esplicita dichiarazione dell'Assicurato che l'attività professionale esercitata si identifica con quella risultante dall'elenco seguente in corrispondenza al "Codice Professione" indicato in polizza.

Qualora oltre all'attività professionale principale l'Assicurato svolga un'attività secondaria con carattere continuativo, ancorché non prevalente, occorre darne atto e si dovrà applicare il premio di tariffa relativo all'attività di maggior rischio, con classe tariffaria successiva in ordine alfabetico.

CLASSE A

Codice	Descrizione Attività Professionale
A 103	Amministratori di beni
A 106	Architetti
A 107	Avvocati
A 111	Geometri senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
A 113	Indossatori/trici e fotomodelli/e
A 114	Ingegneri
A 124	Notai
A 133	Commercialisti e consulenti del lavoro
A 306	Barbieri/Parrucchieri
A 315	Estetisti, truccatori, callisti, manicure, pedicure
A 331	Massaggiatori/fisioterapisti
A 343	Sarti
A 510	Politici e sindacalisti
A 629	Operatori e addetti a centri elaborazione dati
A 637	Dirigenti/impiegati/quadri
A 639	Disegnatori, grafici, pittori artistici
A 660	Insegnanti senza esercitazione di prove pratiche
A 805	Benestanti senza altra attività professionale
A 809	Appartenenti al clero (che non svolgono attività di cui al codice B 672)
A 818	Bambini e studenti
A 821	Artisti di spettacolo (presentatori, musicisti, direttori d'orchestra, registi, cantanti, attori - escluse controfigure e stunt-men)
A 823	Pensionati
A 999	Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale.

CLASSE B

Codice	Descrizione Attività Professionale
B 102	Agenti e intermediari che operano nei settori assicurazione, credito, commercio, industria e servizi vari
B 110	Geologi
B 112	Geometri con accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
B 116	Postini
B 117	Istruttori di scuola guida
B 120	Medici (esclusi radiologi con estensione alle radiodermiti)
B 123	Farmacisti
B 125	Veterinari
B 126	Vetrinisti
B 203	Agricoltori senza uso e guida di macchine agricole e di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
B 205	Allevatori di animali senza uso di macchinari e senza uso o guida di macchine agricole con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
B 208	Giardinieri, vivaisti: esclusa potatura di piante ad alto fusto, senza uso e guida di macchine agricole e di autocarri di peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
B 211	Scultori

- B 304 Artigiani per i quali non esiste altra denominazione specifica, senza uso di macchine, senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
- B 308 Calzolai
- B 322 Fotografi, fotoreporter, cineoperatori
- B 326 Imbianchini senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature
- B 337 Barcaioli, gondolieri
- B 338 Odontotecnici
- B 340 Pellettieri
- B 341 Antiquari
- B 344 Tappezzieri
- B 345 Confezionisti, magliai e addetti al settore tessile: senza uso di macchine azionate da motore
- B 365 Operai (escluso muratori), anche con uso di macchine, ma senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
- B 401 Albergatori e addetti al servizio alberghiero
- B 402 Allenatore sportivo non giocatore
- B 403 Commessi viaggiatori senza trasporto e consegna merce
- B 407 Commercianti (esclusi ambulanti): senza attività di carico/scarico merce, senza guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t. Non sono comunque comprese le attività rientranti nei codici B 434 - B 421 - B 422 - C 415 - C 420 - C 135
- B 421 Orologiai, gioiellieri
- B 422 Panettieri, pasticceri senza produzione
- B 424 Gestori (inclusi addetti) di ristoranti, trattorie, pizzerie, rosticcerie, bar, caffè, gelaterie, bottiglierie: esclusi cuochi e pizzaioli
- B 427 Orafi, incisori
- B 434 Armaioli con solo attività di vendita
- B 506 Imprenditori che non prestano opera manuale e senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
- B 512 Guide turistiche
- B 603 Analisti chimici, biologi, addetti a centri di analisi mediche
- B 607 Assistenti sociali
- B 619 Bidelli
- B 623 Benzinaï, escluse attività di manutenzione e lavaggio
- B 628 Pizzaioli
- B 631 Portieri e custodi in genere
- B 636 Diplomatici, ambasciatori
- B 641 Collaboratori familiari, baby-sitter
- B 652 Giornalisti
- B 659 Insegnanti con esercitazione di prove pratiche
- B 662 Magistrati
- B 672 Infermieri, paramedici, ostetriche
- B 678 Addetti alle pulizie
- B 802 Artisti di varietà e ballerini
- B 808 Casalinghe senza altra attività professionale
- B 821 Addetto negozio senza attività di carico e scarico e senza uso di macchine
- B 999 Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale

CLASSE C

Codice	Descrizione Attività Professionale
C 122	Medici radiologi con estensione alle radiodermiti
C 135	Panettieri, pasticceri con produzione
C 209	Pescatori e marinai
C 311	Conciai
C 313	Elettricisti senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione
C 324	Idraulici
C 334	Meccanici, carrozzieri, gommisti, elettrauto e simili
C 342	Restauratori senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature
C 346	Tipografi, litografi
C 348	Artigiani per i quali non esiste altra denominazione specifica, con uso di macchine ma senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
C 362	Riparatori di elettrodomestici in genere (inclusi radio e TV senza intervento su antenna)
C 367	Confezionisti, magliai e addetti al settore tessile: con uso di macchine azionate da motore
C 404	Commessi viaggiatori con trasporto e consegna merce
C 415	Commercianti (inclusi addetti) di mobili, elettrodomestici e Hi-Fi, articoli igienico-sanitari con installazione; commercianti ambulanti
C 420	Macellai
C 518	Imprenditori che prestano opera manuale, con accesso ai cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
C 622	Benzinai, incluse attività di manutenzione e lavaggio
C 627	Cavaioli senza uso di mine
C 630	Cuochi
C 653	Guardiacaccia, guardiapesca, guardie campestri e forestali
C 656	Guardie notturne e giurate
C 685	Taxisti
C 686	Autisti (esclusi taxisti) di veicoli in genere; guidatori di natanti
C 807	Carabinieri (incluso ex Corpo Forestale)
C 810	Esercito, Aeronautica Militare, Marina Militare (escluso volo)
C 816	Polizia di Stato e Polizia Penitenziaria
C 819	Vigili Urbani
C 822	Magazziniere
C 999	Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale.

CLASSE D

Codice	Descrizione Attività Professionale
D 201	Abbattitori di piante, boscaioli
D 207	Giardinieri, floricoltori con potatura e messa a dimora di piante ad alto fusto e/o uso di macchine agricole
D 212	Agricoltori con uso e guida di macchine agricole e con guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
D 301	Antennisti
D 305	Artigiani per i quali non esiste altra denominazione specifica, con uso di macchine, con accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
D 316	Fabbri

D 320	Falegnami
D 329	Marmisti
D 336	Muratori
D 347	Vetrai
D 361	Operai (escluso muratori, compresi elettricisti e imbianchini) con uso di macchine, con accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
D 363	Restauratori con accesso a tetti, ponteggi, impalcature
D 516	Allevatori di animali con uso di macchinari, con uso e guida di macchine agricole e guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
D 625	Carpentieri
D 682	Vigili del fuoco
D 815	Palombari, sommozzatori
D 999	Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale

5. NORME GENERALI IN CASO DI MALATTIA

Le norme generali che seguono si intendono operanti per le seguenti garanzie e integrano quanto previsto per le discipline specifiche:

- Invalidità permanente da malattia
- Invalidità permanente da ictus o infarto
- Rendita vitalizia da malattia
- Indennità giornaliera per ricovero e convalescenza da infortunio, malattia o parto
- Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento
- Indennizzo forfettario per intervento chirurgico
- Rimborso spese per alta diagnostica
- Programma di prevenzione sanitaria

Art. 5.1 Oggetto dell'assicurazione

Si intende per malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, definendosi tale un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Art. 5.2 Operatività dell'Assicurazione

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 5.3 Termini di aspettativa

L'assicurazione è soggetta alla decorrenza di termini di aspettativa ovvero un periodo temporale, successivo alla data di effetto del contratto, durante il quale le garanzie di polizza, in tutto o in parte, non sono operanti.

Tale termine viene specificato per ciascuna singola garanzia cui si applica.

Art. 5.4 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione per il caso di malattia:

- stati invalidanti e/o patologici, malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data di stipulazione del contratto e sottaciuti con dolo o colpa grave;*
- le malattie mentali e dei disturbi psichici in genere e i comportamenti nevrotici;*
- l'abuso di alcoolici, l'uso di allucinogeni, l'uso - per scopi non terapeutici - di psicofarmaci e/o di stupefacenti;*

- d) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, e/o di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni conseguenti a terapie mediche necessarie per la cura di malattie dell'Assicurato;
- e) guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- f) contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra;
- g) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quelli a scopo ricostruttivo sia da infortunio che a seguito di intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;
- h) gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica.

6. NORME GENERALI PER ASSISTENZA

Art. 6.1 Modalità per la richiesta di assistenza

Tutte le prestazioni sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

dall'Italia al numero verde 800 713 782

dall'estero al numero +39 0258 286 701

I costi relativi alle chiamate telefoniche successive alla prima sono compresi nella prestazione.

L'Assicurato all'atto della richiesta della prestazione dovrà comunicare:

- a) il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;
- b) nome e cognome;
- c) numero di polizza e codice della fascia tessera indicato in polizza nella sezione Dedicato a me – Prevenzione e Assistenza;
- d) indirizzo del luogo in cui si trova;
- e) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa, per poter erogare le garanzie previste in polizza, deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato, pertanto l'Assicurato contattando o facendo contattare la Struttura Organizzativa fornisce liberamente il proprio consenso al trattamento dei Suoi dati personali comuni e sensibili come indicato nell'apposita Informativa.

Art. 6.2 Esclusioni

La garanzia non sarà operante per:

- a) gli infortuni e le altre conseguenze causate da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- b) le conseguenze derivanti da guerra, atto terroristico, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni e da tutti quei fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- c) le conseguenze derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato nonché da suicidio o tentato suicidio;
- d) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- e) gli infortuni sofferti in conseguenza delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitta, sport aerei in genere, corse e gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- f) le prestazioni non vengono fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi indicati nel sito <http://watch.exclusive-analysis.com/lists/cargo> che riportano un grado di rischio uguale o superiore a 4.0". Si considerano inoltre in stato di belligeranza dichiarata o di fatto i Paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia. Le prestazioni non sono inoltre fornite in quei Paesi nei quali sono in atto, al momento della denuncia di sinistro e/o richiesta di assistenza, tumulti popolari;
- g) ove le autorità locali o internazionali non consentono a soggetti privati lo svolgimento di attività di assistenza diretta indipendentemente dal fatto o meno che ci sia in corso un rischio guerra;
- h) per i sinistri verificatisi successivamente al centesimo giorno consecutivo di permanenza dell'Assicurato all'estero.

Art. 6.3 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più delle prestazioni previste, non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Art. 6.4 Altre assicurazioni Assistenza

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra assicurazione Assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente copertura ad altra società, le suddette prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

Art. 6.5 Limite per annualità assicurativa

Le prestazioni possono essere erogate per un massimo di tre volte nel corso dell'annualità assicurativa, *salvo quanto previsto all'Art. 7.3 Servizi MY CLINIC.*

DEDICATO A ME - ASSISTENZA E PREVENZIONE

7. ASSISTENZA START

Art. 7.1 Prestazioni assistenza START

Consulenza medica generica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un consulto medico telefonico può mettersi in contatto h 24/7 con i medici della Struttura Organizzativa che forniranno il consulto.

Si precisa, che viste le modalità di erogazione, la prestazione non vale come diagnosi ed è fornita sulla base delle indicazioni fornite dall'Assicurato.

Invio di un medico generico al domicilio

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati, sostenendone le spese.

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

Guida Sanitaria

(Prestazioni operanti dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario Pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, la quale fornirà tutte le informazioni richieste relativamente a:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti;
- farmaci.

Trasporto in autoambulanza

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia – accertato dalla Struttura Organizzativa – necessiti di un trasporto con autoambulanza all'istituto di cura più vicino, questa verrà inviata sostenendone le spese. Nel caso in cui l'intervento, in base alle vigenti norme di legge, risulti di competenza delle strutture pubbliche di Pronto Intervento, la Struttura Organizzativa provvederà comunque a segnalare a queste ultime il caso al fine di facilitare la richiesta di assistenza.

Trasporto dal Pronto Soccorso

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza successivamente all'accettazione in Pronto Soccorso, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarla direttamente sostenendone le spese entro il limite di 300 chilometri di percorso complessivo (andata/ritorno).

Trasferimento in istituto di cura specialistico

(Prestazione valida in Italia)

Qualora a seguito di infortunio o malattia le condizioni dell'Assicurato - accertate mediante contatti tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante - richiedano il trasferimento in un istituto di cura specialistico in quanto non curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, la Struttura Organizzativa provvederà a sue spese:

- ad individuare ed a prenotare l'istituto di cura ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni;

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

Non danno luogo alla prestazione di cui al presente articolo i trasferimenti per svolgere terapie riabilitative nonché quelli in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

Rientro dall'istituto di cura

(Prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato, dimesso dall'istituto di cura a seguito di ricovero per infortunio o malattia, non sia in grado di rientrare al proprio luogo di residenza con il mezzo di trasporto inizialmente previsto, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto, assumendosene le spese, con il mezzo ritenuto più idoneo alle sue condizioni. Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa il trasporto include anche l'assistenza di un medico o di un paramedico.

Art. 7.2 Prestazioni di assistenza alla Riabilitazione

Invio di un fisioterapista al domicilio

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base derivanti da infortunio, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, sostenendone l'onorario fino ad un massimo di 10 sedute per sinistro.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato ed il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.

Invio di una collaboratrice familiare

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, sostenendone l'onorario fino ad un massimo di 10 ore per sinistro, usufruibili in non più di cinque giorni.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e la collaboratrice familiare inviata dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

Assistenza domiciliare integrata post ricovero

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia che abbia comportato un ricovero, necessiti la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare, come prescritto dal proprio medico curante, potrà contattare la Struttura Organizzativa. Le modalità per l'accesso ed erogazione del servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dai medici della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'Assicurato, mediante intervento di proprio personale medico e paramedico *per un massimo di 7 giorni continuativi e non frazionabili post-ricovero.*

Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Second Opinion Internazionale

Qualora l'Assicurato a seguito di un infortunio o una malattia, per la quale sia già stata effettuata una diagnosi o definito un approccio terapeutico, desideri richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica potrà contattare la Struttura Organizzativa che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri Medici qualificati. I medici della Struttura Organizzativa, effettuano un primo esame, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti, e procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria per elaborare i quesiti che verranno sottoposti ai Medici Specialisti. Tutti i dati clinici, saranno trasmessi al Centro Medico internazionale di riferimento. Il Centro Medico internazionale di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, formula rapidamente la propria risposta scritta, che viene inviata alla Struttura Organizzativa che, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla.

Art. 7.3 Servizi MY CLINIC

Piattaforma tecnologica attraverso la quale la Struttura Organizzativa eroga, in caso di infortunio o malattia, prestazioni digitali di assistenza medica a distanza.

Le prestazioni sono fruibili scaricando l'App MY GENERALI e accedendo alla propria area personale.

L'utilizzo delle prestazioni è subordinato all'accettazione delle condizioni d'uso della piattaforma My Clinic.

Auto Valutazione dei sintomi (Virtual checkup)

Attraverso l'apposita sezione presente all'interno dell'App MY GENERALI l'Assicurato potrà in totale autonomia usufruire di un programma di auto valutazione che lo aiuterà a comprendere i propri sintomi e gli indicherà probabili cause e i possibili comportamenti da tenere.

Il risultato dell'autovalutazione non costituisce diagnosi, pertanto si ricorda che per una corretta valutazione del proprio stato di salute è sempre necessario consultare un medico.

Video consulto medico

Accedendo alla apposita sezione presente all'interno dell'App MY GENERALI l'Assicurato potrà richiedere un:

- CONSULTO MEDICO GENERICO 24 ore su 24 con i medici della Struttura Organizzativa, attraverso chiamata vocale o videochiamata. L'Assicurato avrà a disposizione 10 consulti complessivi.
- CONSULTO SPECIALISTICO con i medici specialisti della Struttura Organizzativa (Ortopedico, Pediatra, Cardiologo, Ginecologo, Nutrizionista) attraverso chiamata vocale o richiesta scritta. L'Assicurato avrà a disposizione 10 consulti complessivi.

Si ricorda che, a prescindere dalle modalità di erogazione, il consulto medico a distanza non costituisce diagnosi.

Cartella clinica on line

Attraverso l'apposita sezione presente all'interno dell'App MY GENERALI l'Assicurato potrà archiviare tutti i dati sulla propria salute pregressa e attuale, allegare esiti di esami e referti, e accedervi autonomamente in qualunque momento.

L'Assicurato potrà inoltre condividere i propri dati con il medico durante il consulto.

In caso di necessità, l'Assicurato avrà la possibilità di tradurre i dati medici caricati automaticamente nelle lingue disponibili.

8. ASSISTENZA FAMIGLIA

Art. 8.1 Prestazioni assistenza FAMIGLIA

Supporto psicologico

Qualora in caso di infortunio o malattia, che abbia comportato un ricovero ospedaliero, l'Assicurato necessiti di prestazioni mediche di supporto psicologico, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà all'organizzazione di consulenza di supporto psicologico o al rimborso di analoghe sedute eseguite da un medico specialista di fiducia del paziente tenendone a proprio carico l'onorario fino ad un massimo di 6 sedute con il limite di Euro 1.000,00.

Job coaching

Qualora l'Assicurato abbia subito un infortunio con lesioni fisiche tali per cui egli non possa più svolgere la propria attività lavorativa come certificato da un'Invalidità Permanente Totale, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'Assicurato un coach esperto in consulenza in ambito lavorativo che organizzerà sei sessioni individuali per supportare l'Assicurato nel percorso di ricollocazione professionale.

Oggetto delle sessioni saranno le seguenti tematiche:

ANALISI

- Presentazione del percorso.
- Analisi persona e profilo professionale.
- Bilancio competenze.
- Orientamento e ridefinizione obiettivo professionale.

PREPARAZIONE

- Confronto con il mercato.
- Definizione gap da colmare.
- Definizione degli strumenti di self-marketing.
- Individuazione canali di contatto.

CAMPAGNA DI RICERCA

- Analisi opportunità.
- Preparazione ai colloqui.

FOLLOW UP

- Monitoraggio delle attività intraprese.

- Individuazione azioni di miglioramento.

Le sessioni, saranno della durata di un'ora ciascuna e la durata massima del percorso sarà di 4 mesi dalla data di attivazione della Struttura Organizzativa.

Consulenza pediatrica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia di un figlio minore non riesca a reperire il proprio pediatra, potrà contattare i medici della Struttura Organizzativa che organizzeranno il consulto.

Si precisa, che viste le modalità di erogazione, la prestazione non vale come diagnosi ed è fornita sulla base delle indicazioni fornite dall'Assicurato.

Invio di una baby sitter al domicilio

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che comporti un ricovero superiore a 3 giorni sia impossibilitato ad accudire il bambino minore di 13 anni, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, sostenendone l'onorario *fino ad un massimo di 10 ore per sinistro, usufruibili in non più di cinque giorni.*

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e la baby sitter inviata dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

Viaggio di un familiare per prendersi cura del minore

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che comporti un ricovero superiore a 3 giorni, sia impossibilitato ad accudire il bambino minore di 13 anni, la Struttura Organizzativa, sostenendone le spese, metterà a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo di residenza dell'Assicurato.

Accompagnamento a scuola per ricovero genitore

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che comporti un ricovero superiore a 10 giorni non possa provvedere all'accompagnamento a scuola dei figli minori di 13 anni, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad organizzare il trasporto in taxi del minore dal domicilio fino all'istituto scolastico e dall'istituto scolastico fino al domicilio, per un massimo di 5 trasporti (andata/ritorno).

Accompagnamento minore in viaggio

Qualora a seguito di infortunio o malattia, l'Assicurato in viaggio si trovasse nell'impossibilità di occuparsi dei figli minori di 15 anni che viaggiavano con lui, la Struttura Organizzativa fornirà, con spese a suo carico, un biglietto ferroviario di prima classe o uno biglietto aereo di classe economica, di andata e ritorno per permettere ad un familiare residente in Italia di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia.

Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del familiare accompagnatore.

Consegna spesa a domicilio

(Prestazione valida in Italia, dal Lunedì al Venerdì dalle 9 alle 18 esclusi giorni festivi infrasettimanali)

Qualora a seguito di infortunio o malattia, l'Assicurato necessiti di acquisto di generi alimentari di prima necessità e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, potrà contattare la Struttura Organizzativa che invierà un proprio incaricato per provvedere alla consegna di quanto richiesto. In caso di impossibilità da parte dell'incaricato di intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa, previa propria autorizzazione, rimborserà le spese sostenute dall'Assicurato sino ad un massimale per sinistro di euro 50,00.

Sono escluse dalla prestazione le spese dei generi alimentari di prima necessità richiesti dall'Assicurato.

Supporto scolastico allo studente assicurato

(Prestazione valida in Italia, dalle 9 alle 18)

Qualora, a seguito di infortunio o malattia che comporti un'assenza da scuola superiore a 30 gg di lezione continuativi come da certificazione, l'Assicurato minorenne necessitasse di ricevere il supporto di un insegnante per rimettersi in pari con le lezioni scolastiche, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà all'invio al domicilio di un insegnante *fino ad un massimo di 15 ore complessive nell'arco di 4 settimane.*

Qualora non sia possibile reperire l'insegnante, la Struttura Organizzativa rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute entro il limite di euro 600,00 per sinistro.

Invio pet sitter

(Prestazione valida in Italia, dalle 9 alle 18)

Qualora l'Assicurato, a seguito di un infortunio o malattia che abbia comportato un ricovero di almeno 1 notte, nei 15 giorni successivi alle dimissioni, si trovasse nell'impossibilità di accudire il proprio animale domestico, potrà contattare la Struttura Organizzativa che effettuerà la ricerca di un pet sitter e lo invierà al domicilio dell'Assicurato tenendone a carico i costi fino ad un massimo di 5 gg per un 1 ora al giorno.

Per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 72 ore.

9. ASSISTENZA SPORTIVI

Art. 9.1 Prestazioni assistenza SPORTIVI

Supporto psicologico

Qualora in caso di infortunio o malattia, che abbia comportato un ricovero ospedaliero, l'Assicurato necessiti di prestazioni mediche di supporto psicologico, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà all'organizzazione di consulenza di supporto psicologico o al rimborso di analoghe sedute eseguite da un medico specialista di fiducia del paziente tenendone a proprio carico l'onorario fino ad un massimo di 6 sedute con il limite di Euro 1.000,00.

Consulenza Nutrizionista

(La prestazione viene fornita dalle 9 alle 18 da Lunedì a Venerdì esclusi i festivi infrasettimanali).

Qualora l'Assicurato desideri ricevere telefonicamente informazioni nutrizionali e dietologiche riguardanti una sana e corretta alimentazione potrà contattare la Struttura Organizzativa che organizzerà il consulto avvalendosi dei propri specialisti.

Consulenza medica ortopedica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un consulto telefonico con uno specialista in ortopedia, e non riesca a reperire il proprio medico specialista, potrà contattare la Struttura Organizzativa che organizzerà il consulto avvalendosi dei propri specialisti.

Si precisa, che viste le modalità di erogazione, la prestazione non vale come diagnosi ed è fornita sulla base delle indicazioni fornite dall'Assicurato.

Informazioni per sport in sicurezza

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni relative alla pratica sicura dell'attività sportiva potrà contattare la Struttura Organizzativa che organizzerà un consulto telefonico con uno specialista che gli fornirà:

- indicazioni utili per la prevenzione degli infortuni sportivi;
- suggerimenti per la pratica di attività sportiva idonea in base all'età e alla condizione fisica.

Invio Fisioterapista al domicilio per la ripresa attività sportiva

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, successivamente alla prestazione di Invio Fisioterapista al domicilio, necessiti di proseguire le sedute fisioterapiche, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato il fisioterapista per un massimo di ulteriori 10 sedute per sinistro.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato ed il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.

Invio Fisiatra al domicilio

(Prestazione valida in Italia)

Qualora in caso di infortunio o malattia, che abbia comportato un ricovero ospedaliero, l'Assicurato necessiti, secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni, di invio al domicilio di un Fisiatra, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà all'organizzazione della visita tenendone a proprio carico i costi.

Per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Consulto tra specialisti

Qualora a seguito di infortunio le condizioni dell'Assicurato, valutate dal medico specialista, richiedano un consulto, la Struttura Organizzativa – previo esame del caso clinico da parte della propria équipe – organizza un contatto tra il medico specialista dell'Assicurato e uno o più specialisti nella specifica patologia.

10. ASSISTENZA SENIOR

Art.10.1 Prestazioni assistenza SENIOR

Supporto psicologico

Qualora in caso di infortunio o malattia, che abbia comportato un ricovero ospedaliero, l'Assicurato necessiti di prestazioni mediche di supporto psicologico, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà

all'organizzazione di consulenza di supporto psicologico o al rimborso di analoghe sedute eseguite da un medico specialista di fiducia del paziente tenendone a proprio carico l'onorario fino ad un massimo di 6 sedute con il limite di Euro 1.000,00.

Consulenza Geriatrica

Qualora l'Assicurato, in caso di infortunio o malattia necessiti di un consulto telefonico con un Geriatra e non riuscisse a reperire il proprio medico specialista, potrà contattare la Struttura Organizzativa che organizzerà il consulto avvalendosi dei propri specialisti.

Si precisa, che viste le modalità di erogazione, la prestazione non vale come diagnosi ed è fornita sulla base delle indicazioni fornite dall'Assicurato.

Invio Operatore Socio Sanitario

(Prestazione valida in Italia)

Qualora in caso di infortunio o malattia, che abbia comportato un ricovero ospedaliero, l'Assicurato necessiti secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni, dell'assistenza di un operatore socio sanitario per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà all'organizzazione delle prestazioni assistenziali richieste *per un massimo di 10 gg consecutivi*.

Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Proseguimento Assistenza Domiciliare Integrata post ricovero

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato successivamente alla prestazione di Assistenza Domiciliare Integrata post ricovero, necessiti la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare, potrà contattare la Struttura Organizzativa. Accertata la necessità della prestazione, le modalità per l'accesso e l'erogazione del servizio verranno definite dai medici della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'Assicurato, mediante intervento di proprio personale medico e paramedico *per un massimo di ulteriori 7 giorni continuativi e non frazionabili post-ricovero successivi alla prestazione di Assistenza Domiciliare Integrata post ricovero*.

Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Distance Care/Telemedicina

(Prestazione valida in Italia)

In caso di ricovero dovuto ad infortunio di almeno 5 giorni con intervento chirurgico o di almeno 10 giorni senza intervento chirurgico, la Struttura Organizzativa su richiesta scritta del medico curante dell'Assicurato, provvederà ad organizzare e gestire l'invio di personale tecnico specializzato per l'installazione presso il domicilio dell'Assicurato di un sistema di comunicazione audio-visuale e di trasmissione di alcuni dati clinici (distance care), utilizzato da operatori addestrati che assistono l'Assicurato, sostenendone direttamente le spese *fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura*.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di connessione telefonica.

Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 72 ore.

Prelievo sangue al domicilio

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante, e necessiti di effettuare un prelievo di sangue al domicilio, potrà contattare la Struttura Organizzativa che, verificata la necessità della prestazione, invierà al domicilio dell'Assicurato personale specializzato compatibilmente con le condizioni di non deteriorabilità del campione.

Restano in ogni caso a carico dell'Assicurato i costi degli esami.

Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 72 ore.

Consegna esiti al domicilio

(Prestazione valida in Italia)

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

Restano in ogni caso a carico dell'Assicurato i costi degli accertamenti.

Viaggio dei figli dell'Assicurato residenti all'estero a seguito di ricovero dell'Assicurato

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia si trovi ricoverato in Italia in istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni ed abbia i figli residenti all'estero, ed i medici ritengano necessaria la loro presenza, la Struttura Organizzativa, sostenendone le spese, metterà a disposizione di uno dei figli residente all'estero un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo di ricovero.

Consulenza per adattamento abitazione

Qualora l'Assicurato in caso di infortunio che comporti una invalidità permanente, necessiti la consulenza per adattare la propria abitazione alle mutate condizioni fisiche, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad organizzare la consulenza di un architetto convenzionato per il progetto degli interventi da effettuare.

11. ASSISTENZA VIAGGIATORI

Art. 11.1 Prestazioni assistenza VIAGGIATORI

Segnalazione di un medico specialista all'estero

Se a seguito della prestazione "Consulenza medica generica" si ravvisi la necessità per l'Assicurato di essere sottoposto ad una visita specialistica, la Struttura Organizzativa gli indicherà il nominativo dello specialista più vicino, compatibilmente con le disponibilità locali.

Rientro sanitario/salma

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa le condizioni dell'Assicurato in viaggio – accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di comunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante sul posto – rendano necessario il trasporto in Italia per il ricovero in istituto di cura o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto assumendosene le spese con il mezzo ritenuto più idoneo tra i seguenti:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, in classe economica ed eventualmente in barella;
- treno, in prima classe ed eventualmente in vagone letto;
- autoambulanza (o imbarcazione trasporto feriti) con chilometraggio illimitato.

Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

Il rientro sanitario da paesi diversi da quelli rientranti nei gruppi "Italia" ed "Europa" si effettuerà esclusivamente con aereo di linea in classe economica.

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato.

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

In caso di decesso dell'Assicurato la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

Non sono comprese nella prestazione le spese relative alla cerimonia funebre e all'eventuale recupero della salma.

La prestazione del trasporto della salma è operante solo nei paesi in cui esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.

Qualora si renda necessario il riconoscimento del corpo, o le disposizioni di legge del luogo ne impediscano il trasporto, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo del decesso.

Rientro con un compagno di viaggio assicurato

In caso di rientro sanitario dell'Assicurato in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario", per il quale i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria, verrà organizzato il viaggio di rientro alla sua residenza o al luogo di ricovero in Italia con un compagno di viaggio assicurato utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato.

Per la presente prestazione viene fissato un limite di spesa per il compagno di viaggio assicurato pari a:

- euro 210,00 se il viaggio di rientro avviene dall'Italia;
- euro 420,00 se il viaggio di rientro avviene dall'Estero.

Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del compagno di viaggio.

La Struttura Organizzativa ha il diritto di richiedere al compagno di viaggio assicurato l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro.

Rientro degli altri Assicurati

Se a seguito della prestazione "Rientro sanitario" dell'Assicurato le persone assicurate che viaggino con lui siano impossibilitate a rientrare con il mezzo inizialmente stabilito, la Struttura Organizzativa provvederà a fornire a queste ultime, per il rientro dal viaggio alla propria residenza, un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica).

Per la presente prestazione viene fissato un limite d'indennizzo per persona assicurata pari a:

- euro 210,00 se il viaggio di rientro avviene dall'Italia;
- euro 420,00 se il viaggio di rientro avviene dall'Estero.

La Struttura Organizzativa ha il diritto di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

Accompagnamento minore in viaggio

Qualora a seguito di infortunio o malattia, l'Assicurato in viaggio si trovasse nell'impossibilità di occuparsi dei figli minori di 15 anni che viaggiavano con lui, la Struttura Organizzativa fornirà, con spese a suo carico, un biglietto ferroviario di prima classe o uno biglietto aereo di classe economica, di andata e ritorno per permettere ad un familiare residente in Italia di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia.

Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del familiare accompagnatore.

Viaggio di un familiare

Qualora l'Assicurato in viaggio venga ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia improvvisa ed i medici ritengano che non sia trasferibile prima di 7 giorni, la Struttura Organizzativa, sostenendone le spese, metterà a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo di ricovero.

La Struttura Organizzativa provvederà all'eventuale prenotazione di un albergo in loco per il familiare dell'Assicurato ricoverato, tenendo a proprio carico le spese di albergo (pernottamento e prima colazione) fino ad un importo massimo complessivo di euro 250,00.

Sono escluse dalla prestazione le spese di albergo diverse da pernottamento e prima colazione.

Rientro del convalescente

Qualora l'Assicurato in viaggio venga ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia improvvisa e non sia in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Struttura Organizzativa, sostenendone le spese, provvederà a fornirgli un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica).

Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato in viaggio sia costretto a rientrare alla propria residenza prima della data programmata e con un mezzo di trasporto diverso da quello inizialmente previsto a causa del decesso (come da data risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe) o del ricovero ospedaliero con imminente pericolo di vita di un familiare (esclusivamente se trattasi di coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora) la Struttura Organizzativa fornirà un biglietto per il rientro – con treno in prima classe o aereo in classe economica – fino al luogo del decesso/ricovero o dell'inumazione assumendosene le spese.

La prestazione è altresì valida nel caso in cui incendio, esplosione, scoppio, fulmine, allagamento, atti vandalici, furto o tentato furto, provochino all'abitazione dell'Assicurato danni tali da renderne necessario il rientro anticipato utilizzando un mezzo diverso da quello inizialmente previsto.

Se l'Assicurato dovesse trovarsi in viaggio con un minore, sempreché anche quest'ultimo sia assicurato, verrà organizzato il rientro anticipato per entrambi.

Qualora l'Assicurato, per rientrare anticipatamente, sia costretto ad abbandonare il proprio veicolo, verrà messo a sua disposizione un ulteriore biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) per il successivo recupero del veicolo stesso.

A rientro effettuato, qualora l'Assicurato non fosse in grado di fornire la documentazione comprovante la causa del rientro, dovranno essere rimborsate le spese sostenute dalla Struttura Organizzativa ai sensi del presente articolo.

Anticipo spese di prima necessità

Qualora l'Assicurato debba sostenere delle spese impreviste in conseguenza di furto, rapina, danneggiamento, mancata consegna del bagaglio, malattia improvvisa o infortunio, verrà provveduto per suo conto al pagamento, a titolo di anticipo, di fatture per le quali non sia in grado di provvedere direttamente, fino alla concorrenza di euro 500,00.

Qualora l'ammontare delle fatture dovesse superare tale importo, la prestazione verrà corrisposta solo in presenza in Italia di garanzie bancarie o di altro tipo ritenute adeguate e fino ad un massimo di euro 5.000,00.

L'anticipo di euro 500,00, in caso di furto, smarrimento, mancata consegna o danneggiamento del bagaglio, potrà essere destinato all'acquisto di beni di prima necessità.

Tale prestazione verrà corrisposta compatibilmente con le disposizioni in materia di trasferimento di valuta vigenti in Italia e nel paese in cui si trova momentaneamente l'Assicurato e comunque l'importo dovrà essere rimborsato alla Struttura Organizzativa al suo rientro non oltre 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso.

Trascorso tale termine l'Assicurato dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso bancario corrente.

Tale prestazione è operante solo nei paesi in cui esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.

Sono esclusi dalla prestazione i trasferimenti di valuta all'estero che comportino violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.

Anticipo cauzione penale

Se l'Assicurato fosse arrestato o minacciato di arresto e fosse pertanto tenuto a versare alle autorità straniere una cauzione penale per essere rimesso in libertà e non potesse provvedervi direttamente ed immediatamente, la Struttura Organizzativa provvederà a pagare sul posto, a titolo di anticipo per conto dell'Assicurato, la cauzione penale.

La Struttura Organizzativa anticiperà il pagamento della cauzione penale fino ad un importo massimo di euro 5.000,00. La prestazione diventerà operante dal momento in cui, in Italia, la Struttura Organizzativa avrà ricevuto adeguate garanzie bancarie.

Sono esclusi dalla prestazione:

- *il trasferimento di valuta all'estero che comporti violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato;*
- *il caso in cui l'Assicurato non sia in grado di fornire in Italia alla Struttura Organizzativa adeguate garanzie di restituzione.*

L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso, pena il pagamento, oltre alla somma anticipata, degli interessi al tasso legale corrente.

12. ASSISTENZA PROFESSIONISTI E IMPRENDITORI

Art. 12.1 Prestazioni assistenza per i PROFESSIONISTI E IMPRENDITORI

Supporto psicologico

Qualora in caso di infortunio o malattia, che abbia comportato un ricovero ospedaliero, l'Assicurato necessiti di prestazioni mediche di supporto psicologico, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà all'organizzazione di consulenza di supporto psicologico o al rimborso di analoghe sedute eseguite da un medico specialista di fiducia del paziente tenendone a proprio carico l'onorario fino ad un massimo di 6 sedute con il limite di Euro 1.000,00.

Invio di una baby sitter al domicilio

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che comporti un ricovero superiore a 3 giorni sia impossibilitato ad accudire il bambino minore di 13 anni, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, sostenendone l'onorario *fino ad un massimo di 10 ore per sinistro, usufruibili in non più di cinque giorni.*

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e la baby sitter inviata dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

Invio di una collaboratrice familiare

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, sostenendone l'onorario fino ad un massimo di 10 ore per sinistro, usufruibili in non più di cinque giorni.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e la collaboratrice familiare inviata dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

Invio di un infermiere al domicilio

(Prestazione valida in Italia)

Qualora, a seguito di infortunio o malattia, l'Assicurato abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, potrà contattare la Struttura Organizzativa che, previo ricevimento di certificato medico attestante la patologia sofferta e l'indicazione delle cure da effettuare, invierà direttamente all'Assicurato un infermiere sostenendone l'onorario fino ad un massimo di 15 ore per sinistro.

Art. 12.2 Prestazioni di assistenza per lo STUDIO PROFESSIONALE

Invio di un fabbro per interventi di emergenza

(Prestazione valida in Italia)

Nel caso in cui l'Assicurato necessitasse di un fabbro per furto o tentato furto, smarrimento o rottura delle chiavi, guasto della serratura, che rendano impossibile l'accesso allo studio professionale o che abbiano compromesso la funzionalità della porta d'ingresso in modo tale da non garantire la sicurezza dei locali, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un fabbro, 24 ore su 24, compresi i giorni festivi.

La Società terrà a proprio carico i costi per l'uscita e la manodopera *fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro.*

I costi relativi al materiale necessario per la riparazione restano a carico dell'Assicurato.

Invio di un idraulico per interventi di emergenza

(Prestazione valida in Italia)

Nel caso in cui l'Assicurato necessitasse di un idraulico a seguito di allagamento, infiltrazione, mancanza d'acqua o mancato scarico delle acque nere dovuto a rottura, otturazione, guasto di tubature fisse dell'impianto idraulico, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un idraulico, 24 ore su 24, compresi i giorni festivi.

La Società terrà a proprio carico i costi per l'uscita e la manodopera *fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro.*

Sono esclusi:

- *i costi relativi al materiale necessario alla riparazione che restano a carico dell'Assicurato;*
- *i sinistri dovuti a guasti di rubinetti e di tubature mobili collegati o meno a qualsiasi apparecchiatura (ad esempio lavatrici);*
- *i sinistri dovuti all'interruzione della fornitura da parte dell'ente erogatore;*
- *i sinistri dovuti a rottura delle tubature mobili dei servizi igienico-sanitari;*
- *i sinistri dovuti a negligenza dell'Assicurato.*

Invio di un elettricista per interventi di emergenza

(Prestazione valida in Italia)

Nel caso in cui l'Assicurato necessitasse di un elettricista per mancanza di corrente elettrica in tutti i locali dello studio professionale per guasti agli interruttori di accensione, alle prese di corrente o agli impianti di distribuzione interna, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un elettricista, 24 ore su 24, compresi i giorni festivi.

La Società terrà a proprio carico i costi per l'uscita e la manodopera *fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro.*

Sono esclusi:

- *i costi relativi al materiale necessario alla riparazione che restano a carico dell'Assicurato;*
- *i sinistri dovuti a corto circuito per falsi contatti provocati dall'Assicurato;*
- *i sinistri dovuti all'interruzione della corrente elettrica da parte dell'ente erogatore;*
- *i sinistri dovuti a guasti al cavo di alimentazione dei locali dello studio professionale a monte e a valle del contatore.*

Intervento di emergenza per danni d'acqua

(Prestazione valida in Italia)

Nel caso in cui l'Assicurato necessitasse di un intervento d'emergenza a seguito di allagamento o infiltrazione dovuti a rottura, otturazione, guasto di tubature fisse dell'impianto idraulico, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare personale specializzato in tecniche di asciugatura, 24 ore su 24, compresi i giorni festivi.

La Società terrà a proprio carico il costo dell'intervento *fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro.*

Sono esclusi:

- *guasti di rubinetti e di tubature mobili collegati o meno a qualsiasi apparecchiatura (ad esempio lavatrici);*
- *i danni dovuti a tracimazione in seguito a otturazione delle tubature mobili dei servizi igienico-sanitari;*
- *negligenza dell'Assicurato.*

Invio di un vetraio nelle 24H

(Prestazione valida in Italia)

Nel caso in cui l'Assicurato necessitasse di un vetraio a seguito di rottura vetri esterni, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un tecnico nelle 24 ore successive alla segnalazione esclusi Sabato, Domenica e festivi.

La Società terrà a proprio carico le spese per l'uscita e la manodopera *fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro*.

Sono esclusi tutti i costi relativi al materiale necessario alla riparazione che restano a carico dell'Assicurato.

13. RIMBORSO SPESE PER ALTA DIAGNOSTICA E PROGRAMMA PREVENZIONE SANITARIA

Art. 13.1 Rimborso spese per alta diagnostica

La Società indennizza all'Assicurato le spese rese necessarie da malattia o infortunio per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, fino alla concorrenza della somma assicurata di euro 5.000,00, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata:

Angiografia

Arteriografia

Cistografia

Clisma Opaco

Colecistografia

Doppler: eco-color-doppler; eco-doppler

Ecocardiografia

Elettromiografia

Endoscopie diagnostiche (broncoscopia, colonscopia, rettoscopia, ecc.)

Esame urodinamico completo

Fluorangiografia oculare

Isterosalpingografia

Holter

MOC - mineralometria ossea computerizzata

Risonanza Magnetica Computerizzata

Scintigrafia

Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)

Tomografia ad emissione di positroni (PET)

Tomoscintigrafia ad emissione di fotone singolo (SPET)

Urografia

Fistolografia

Scialografia

EEG - elettroencefalogramma

La Società indennizza le spese sostenute per tali prestazioni previa applicazione di uno scoperto del 25% per ogni spesa effettivamente sostenuta. Tale scoperto non viene applicato nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La presente garanzia è valida dalle ore 24:

- a) del trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;*
- b) del centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto sempreché non conosciute e/o non diagnosticate al momento della stipulazione stessa.*

Qualora il presente contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, in cui sia già prestata la presente garanzia i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui sopra vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

L'Assicurato che debba sostenere una delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione di cui alla presente garanzia può ricorrere alle strutture mediche convenzionate: in tal caso la Società provvede al pagamento diretto delle spese senza che l'assicurato debba anticipare alcuna spesa.

Per usufruire di tale possibilità, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa Medica (in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00 esclusi i festivi) telefonando:

dall'Italia al numero 800 713 720
dall'estero al numero +39 0258 286 696

fornendo i seguenti dati:

- numero di polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;
- tipologia di trattamento richiesto risultante dalla prescrizione del medico curante comprensiva della diagnosi circostanziata (tale documentazione dovrà essere inviata alla Centrale Operativa Medica);
- luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.

La Centrale Operativa Medica, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione, provvede all'individuazione della Struttura Medica Convenzionata in accordo con l'Assicurato ed alla conferma allo stesso dell'avvenuta prenotazione della prestazione nonché dell'operatività del pagamento diretto.

All'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata l'Assicurato compilerà la Lettera di impegno.

La Centrale Operativa Medica in seguito pagherà direttamente alla Struttura Medica Convenzionata le spese garantite fatto salvo l'eventuale scoperto/franchigia che resterà a carico dell'Assicurato stesso.

Tale tipologia di liquidazione è possibile solo se i trattamenti vengono eseguiti presso Strutture Mediche Convenzionate con conferma di pagamento diretto dalla Centrale Operativa Medica: in tutti gli altri casi il pagamento di quanto dovuto a termini di contratto avverrà a rimborso.

In alternativa l'Assicurato può richiedere il pagamento a rimborso delle spese anticipate alla struttura medica non convenzionata .

Qualora l'Assicurato richieda il rimborso dei soli ticket, in quanto sia ricorso a strutture convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, la Società riconoscerà il rimborso integrale delle spese a tale titolo sostenute senza applicazione dello scoperto sopra indicato.

L'indennizzo delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica contenente regolare diagnosi o sospetto diagnostico. Tutte le spese devono essere debitamente documentate, presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

La Società indennizza le spese nella misura del 75% (scoperto 25%) e fino a concorrenza della somma assicurata prevista. In caso di pagamento diretto lo scoperto del 25% deve essere versato direttamente dall'Assicurato alla Struttura Medica Convenzionata.

CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro è facoltà delle Parti ricorrere alla perizia contrattuale come regolata dall'art. "controversie – perizia contrattuale" delle norme che regolano l'assicurazione in generale.

Art. 13.2 Programma di prevenzione sanitaria

L'Assicurato di età superiore ai 25 anni potrà effettuare le prestazioni sanitarie previste da uno dei programmi di prevenzione a scelta tra quelli sotto indicati.

Il primo programma di prevenzione sarà erogabile nel corso dell'annualità assicurativa seguente alla data di decorrenza della presente garanzia, indicata in polizza per ciascun assicurato. I programmi successivi saranno erogabili con cadenza biennale.

L'erogazione delle prestazioni avverrà a condizione che risultino pagate le rate di premio antecedenti.

PROGRAMMA DI PREVENZIONE ONCO-UROLOGICA

Visita urologica
ecografia addome inferiore con studio della prostata (sovrappubica)
psa totale
psa libero
psa ratio
sangue occulto nelle feci - 1 campione
PROGRAMMA DI PREVENZIONE ONCO-GINECOLOGICA
pap test + hpv (ricerca papilloma virus)
visita ginecologica
sangue occulto nelle feci - 1 campione
PROGRAMMA DI PREVENZIONE ENDOCRINOLOGICA (TIROIDE)
Visita endocrinologica
ecografica tiroidea
FT3
FT4
TSH
PROGRAMMA DI PREVENZIONE OSTEOPOROSI
rx densitometria ossea (moc) colonna lombare
visita fisiatrica
PROGRAMMA DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
visita cardiologica con ecg
esame urine
Trigliceridi
colesterolo totale
HDL e LDL
emocromo completo
PT
PTT
glicemia basale

MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE SANITARIA

Per effettuare le prestazioni sanitarie previste dalla presente garanzia, l'Assicurato potrà rivolgersi alla Centrale Operativa Medica – in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali – telefonando ai numeri :

dall'Italia al numero 800 713 720

dall'estero al numero +39 0240 959 638

Si precisa che l'attivazione deve avvenire con un preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla data di scadenza dell'annualità in cui la prestazione è erogabile.

Nella richiesta l'Assicurato dovrà comunque indicare:

- a) *nome e cognome;*
- b) *numero di polizza;*
- c) *luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.*

La Centrale Operativa Medica, in accordo con l'Assicurato, si occuperà della prenotazione delle prestazioni sanitarie comunicando la disponibilità presso la Struttura Medica Convenzionata.

La Società s'incaricherà di pagare direttamente alla Struttura Medica Convenzionata le spese relative alle prestazioni sanitarie comprese in garanzia.

La Società e la Centrale Operativa Medica non verranno a conoscenza degli esiti delle prestazioni.

Si precisa che per avvalersi del servizio di erogazione tramite la Centrale Operativa Medica con pagamento diretto delle spese è necessario effettuare tutti gli accertamenti previsti dal programma prenotato

IN AUTONOMIA

14. GARANZIE

Art. 14.1 Invalidità permanente da infortunio

La garanzia prevede l'erogazione di un indennizzo nel caso in cui l'infortunio provochi all'Assicurato un'invalidità permanente, intesa come riduzione definitiva, anche parziale, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro.

L'accertamento del grado di invalidità permanente avviene in base alle percentuali espresse nella tabella di determinazione scelta dall'Assicurato e indicata in polizza, secondo i seguenti criteri:

- la perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di limitazione della funzionalità, le percentuali di cui alla tabella sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- in caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale;
- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di tabella sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- in caso di mancinismo le percentuali riferite all'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e viceversa;
- Il deficit visivo va valutato quale risulta con correzione tollerata. Qualora permanga un residuo deficit visivo verrà corrisposta una maggiorazione di 3 punti percentuali per l'uso di occhiali o di lenti a contatto a permanenza.

Ove un singolo infortunio interessi più arti o funzioni, l'invalidità complessiva è la somma delle singole invalidità, sino a raggiungere il grado massimo del 100%.

L'indennizzo spettante si calcola moltiplicando la somma assicurata per invalidità permanente per il grado percentuale di invalidità accertata previa applicazione della franchigia scelta dall'Assicurato e indicata in polizza.

ANTICIPO INDENNIZZO

La Società, su richiesta dell'Assicurato, qualora l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente sia rinviato per accordo delle Parti ad oltre un anno dal giorno dell'infortunio, corrisponde un anticipo dell'indennizzo da imputarsi nella liquidazione definitiva.

L'anticipo verrà corrisposto a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità dell'infortunio, in misura fino al 50% del presumibile indennizzo definitivo, con il massimo di euro 50.000,00.

DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO – TABELLA DI DETERMINAZIONE ANIA

Per la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio si conviene che l'accertamento del grado di invalidità permanente avverrà in base alle percentuali di seguito riportate:

	DX	SX
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un arto superiore	70%	60%
• una mano o un avambraccio	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi:		
• dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
• del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%

Paralisi completa:		
• del nervo radiale	35%	30%
• del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
• al di sopra della metà della coscia	70%	
• al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio della gamba	50%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un piede	40%	
• ambedue i piedi	100%	
• un alluce	5%	
• un altro dito del piede	1%	
• la falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi:		
• dell'anca in posizione favorevole	35%	
• del ginocchio in estensione	25%	
• della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
• della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astragalica	15%	
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un occhio	25%	
• ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa:		
• di un orecchio	10%	
• di entrambi gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta:		
• monolaterale	4%	
• bilaterale	10%	
Esiti di frattura scomposta di una costa		
	1%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
• una vertebra cervicale	12%	
• una vertebra dorsale	5%	
• 12 dorsale	10%	
• una vertebra lombare	10%	
Esiti di frattura di un metamero sacrale		
	3%	
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme		
	5%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo		
	2%	
Perdita anatomica:		
• di un rene	15%	
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, la valutazione dell'invalidità permanente è effettuata tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa.

DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO – TABELLA DI DETERMINAZIONE INAIL

Per la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio si conviene che l'accertamento del grado di invalidità permanente avverrà in base alle percentuali previste dalla "tabella INAIL" di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, come in vigore al 24 luglio 2000.

FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

L'indennizzo spettante per invalidità permanente da infortunio si determina applicando alla somma assicurata per invalidità permanente indicata in polizza la percentuale corrispondente al grado di invalidità accertato secondo i criteri concordati, applicando la franchigia indicata in polizza per ciascun assicurato.

Art. 14.2 Rendita vitalizia da infortunio

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per il quale venga accertato in base alle percentuali espresse nella seguente tabella di determinazione un grado di invalidità permanente in capo all'Assicurato pari o superiore al 66% la Società - oltre a tutto quanto dovuto a termini di contratto - provvederà a costituire a favore dell'Assicurato stesso e senza alcun onere a suo carico, una rendita vitalizia rivalutabile di importo annuo pari alla somma indicata in polizza, mediante stipulazione di apposita polizza vita con Generali Italia S.p.A..

	DX	SX
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un arto superiore	70%	60%
• una mano o un avambraccio	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi:		
• dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
• del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
• del nervo radiale	35%	30%
• del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
• al di sopra della metà della coscia	70%	
• al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio della gamba	50%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un piede	40%	
• ambedue i piedi	100%	
• un alluce	5%	
• un altro dito del piede	1%	
• la falange ungueale dell'alluce	2,5%	

Anchilosi:

• dell'anca in posizione favorevole	35%
• del ginocchio in estensione	25%
• della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
• della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astragalica	15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%

Sordità completa:

• di un orecchio	10%
• di entrambi gli orecchi	40%

Stenosi nasale assoluta:

• monolaterale	4%
• bilaterale	10%

Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
--	----

Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:

• una vertebra cervicale	12%
• una vertebra dorsale	5%
• 12 dorsale	10%
• una vertebra lombare	10%

Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
--	----

Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
---	----

Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
---	----

Perdita anatomica:

• di un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, la valutazione dell'invalidità permanente è effettuata tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa.

Art. 14.3 Invalidità permanente da malattia

La garanzia prevede l'erogazione di un indennizzo nel caso in cui la malattia denunciata provochi all'Assicurato un'invalidità permanente, intesa come una riduzione definitiva, anche parziale, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro.

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La presente garanzia è valida:

- dalle ore 24 del giorno di effetto dell'assicurazione per l'ictus o l'infarto;
- dalle ore 24 del 60° giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione per le altre malattie.

Qualora il presente contratto ne sostituisca senza soluzione di continuità altro, riguardante gli stessi Assicurati e in cui sia già prestata la presente garanzia, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e le somme da quest'ultimo previste;

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

Analogamente in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, il termine di aspettativa decorre dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse prestazioni assicurate.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui sopra decorreranno nuovamente a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

La garanzia cessa alla scadenza riportata in polizza per il singolo Assicurato senza necessità per alcuna delle Parti di darne disdetta.

A decorrere dalla predetta data di scadenza, se in polizza sono presenti altre garanzie ancora in validità, il premio complessivo del contratto sarà diminuito della parte di premio relativo alle garanzie invalidità permanente da malattia dell'annualità precedente.

OPERATIVITA'

Fermo il decorso dei termini di aspettativa di cui sopra, la garanzia opera per le invalidità permanenti conseguenti a malattie manifestatesi successivamente alla data di effetto del contratto e non oltre la scadenza della garanzia stessa.

Sono inoltre comprese le invalidità permanenti conseguenti a malattie insorte durante il periodo di validità della garanzia ma manifestatesi entro i 6 mesi successivi alla scadenza della garanzia.

DENUNCIA DI SINISTRO

La denuncia di ciascuna malattia che possa comportare – secondo parere medico – una invalidità permanente deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato, o dai suoi aventi diritto, entro 15 giorni dalla sua diagnosi clinica o strumentale oppure dal momento in cui ne ha avuto conoscenza.

Se non prodotti insieme alla denuncia, non appena possibile devono essere inviati i certificati medici, le copie complete delle cartelle cliniche e di ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della malattia e che risulti utile ai fini della valutazione dei postumi invalidanti compreso il certificato attestante la stabilizzazione della malattia denunciata.

CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'invalidità permanente derivante dalla singola malattia denunciata, purché questa non risulti causata o concausata da malattia preesistente alla data di effetto della assicurazione.

Pertanto non sono indennizzabili le conseguenze di malattie preesistenti alla data di stipulazione della polizza; inoltre, nella valutazione dei postumi, si tiene conto soltanto delle conseguenze della singola malattia insorta dopo la stipulazione del contratto e non di quelle riconducibili a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto.

Qualora l'Assicurato denunci, contemporaneamente od in momenti successivi, più patologie, la valutazione dell'invalidità permanente verrà effettuata sulle singole malattie denunciate, separatamente considerate.

Le invalidità permanenti da malattia già accertate non saranno ulteriormente valutate sia in caso di loro aggravamento sia nel caso nuove malattie determinino un'influenza peggiorativa sull'invalidità stessa.

DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO E LA LIQUIDAZIONE DEL DANNO (franchigia 25%)

L'Assicurato, o i suoi aventi diritto, devono acconsentire alla richiesta di documentazione, alla visita dei medici incaricati dalla Società ed alle indagini, valutazioni ed accertamenti necessari per la determinazione del diritto all'indennizzo.

Il grado di invalidità permanente viene accertato in un periodo compreso tra i 12 e i 18 mesi dalla data di denuncia della Malattia e valutato nella misura percentuale nella quale è ridotta la capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro.

In alternativa l'accertamento della percentuale di invalidità permanente, su richiesta dell'Assicurato, potrà avvenire trascorsi almeno 6 mesi dalla denuncia a condizione che:

- a) venga prodotta diagnosi clinica di guarigione avvenuta;
- b) la menomazione conseguente alla malattia risulti del tutto stabilizzata.

La Società non corrisponde alcun indennizzo se l'invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 25% della totale.

Se invece viene accertato un grado di invalidità pari o superiore al 25% l'indennizzo viene corrisposto applicando alla somma assicurata in polizza per invalidità permanente da malattia la percentuale liquidabile individuata nella seguente tabella in corrispondenza del grado accertato di invalidità:

Colonna A % accertata	Colonna B % da liquidare	Colonna A % accertata	Colonna B % da liquidare
-----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

<i>Inferiore a 25</i>	0
25	1
26	3
27	5
28	7
29	9
30	11
31	13
32	15
33	17
34	19
35	21
36	23
37	25
38	27
39	29
40	31
41	33
42	35
43	37

44	39
45	41
46	43
47	45
48	47
da 49 a 66	uguale all'accertato
67	68
68	70
69	72
70	74
71	76
72	78
73	80
74	82
75	84
76	87
77	90
78	93
79	97
80 e oltre	100

Nella Colonna A è riportata la percentuale di invalidità permanente accertata, nella Colonna B è riportata la percentuale di indennizzo da liquidare.

Ricevuta la documentazione completa attinente al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento dell'indennizzo.

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sul grado di invalidità permanente accertato nei termini di cui sopra, è facoltà delle Parti ricorrere alla perizia contrattuale come regolata dall'art. "controversie – perizia contrattuale" delle norme che regolano l'assicurazione in generale.

LA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO E LA LIQUIDAZIONE DEL DANNO (franchigia 80%)

L'Assicurato, o i suoi aventi diritto, devono acconsentire alla richiesta di documentazione, alla visita dei medici incaricati dalla Società ed alle indagini, valutazioni ed accertamenti necessari per la determinazione del diritto all'indennizzo.

Il grado di invalidità permanente viene accertato in un periodo compreso tra i 12 e i 18 mesi dalla data di denuncia della Malattia e valutato nella misura percentuale nella quale è ridotta la capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro.

In alternativa l'accertamento della percentuale di invalidità permanente, su richiesta dell'Assicurato, potrà avvenire trascorsi almeno 6 mesi dalla denuncia a condizione che:

- a) venga prodotta diagnosi clinica di guarigione avvenuta;
- b) la menomazione conseguente alla malattia risulti del tutto stabilizzata.

La Società non corrisponde alcun indennizzo se l'invalidità permanente accertata è di grado inferiore all'80% della totale.

Se invece viene accertato un grado di invalidità pari o superiore all'80% l'indennizzo viene corrisposto al 100%.

Ricevuta la documentazione completa attinente al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento dell'indennizzo.

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sul grado di invalidità permanente accertato nei termini di cui sopra, è facoltà delle Parti ricorrere alla perizia contrattuale come regolata dall'art. "Controversie – Perizia contrattuale" delle norme che regolano l'assicurazione in generale.

ANTICIPO INDENNIZZO

La Società su richiesta dell'Assicurato corrisponde un anticipo dell'indennizzo da imputarsi nella liquidazione definitiva a condizione che relativamente alla malattia denunciata:

- a. non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro;
- b. trascorsi almeno 12 mesi dalla denuncia, la malattia stessa non risulti stabilizzata;
- c. l'invalidità permanente che possa derivare risulti, dalle valutazioni mediche effettuate, in ogni caso di grado superiore alla franchigia contrattualmente stabilita.

L'anticipo sarà determinato applicando alla somma assicurata la percentuale liquidabile individuata nella tabella di cui sopra in corrispondenza del grado di invalidità permanente minimo prevedibile per la malattia secondo valutazione medica.

L'anticipo così determinato non potrà comunque superare il 50% dell'indennizzo corrispondente al grado di invalidità permanente massimo prevedibile secondo valutazione medica per la stessa malattia.

Art. 14.4 Invalidità permanente da ictus e infarto

La garanzia prevede l'erogazione di un indennizzo nel caso in cui a seguito di ictus o infarto denunciata consegua all'Assicurato un'invalidità permanente, intesa come una riduzione definitiva, anche parziale, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro.

Ai fini della garanzia stessa valgono le seguenti definizioni specifiche:

- **Infarto:** coronopatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico; la diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: dolore precordiale, alterazioni tipiche all'ECG, aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche;
- **Ictus:** accidente cerebro-vascolare acuto costituito da emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco che produca danno neurologico immediatamente riscontrato in ambito di ricovero in Istituto di cura.

DECORRENZA

La garanzia è valida *dalle ore 24 del giorno di effetto dell'assicurazione* e cessa alla scadenza riportata nell'apposita scheda riepilogativa che fa parte integrante del contratto per il singolo Assicurato senza necessità per alcuna delle Parti di darne disdetta.

A decorrere dalla predetta data di scadenza, se in polizza sono presenti altre garanzie ancora in validità, il premio complessivo del contratto sarà diminuito della parte di premio relativo alla garanzia invalidità permanente da Ictus e Infarto dell'annualità precedente.

OPERATIVITA'

La presente garanzia vale per le invalidità permanenti conseguenti ad ictus o infarto manifestatesi successivamente alla data di effetto del contratto e non oltre la scadenza della garanzia stessa.

DENUNCIA DI SINISTRO

La denuncia di un ictus o infarto che possa comportare – secondo parere medico – una invalidità permanente deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato, o dai suoi aventi diritto, entro 15 giorni dalla sua diagnosi clinica o strumentale oppure dal momento in cui ne ha avuto conoscenza o possibilità.

Se non prodotti insieme alla denuncia, non appena possibile devono essere inviati i certificati medici, le copie complete delle cartelle cliniche e di ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze dell'ictus o infarto e che risulti utile ai fini della valutazione dei postumi invalidanti compreso il certificato attestante la stabilizzazione della malattia denunciata.

CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'invalidità permanente derivante dall'ictus o infarto denunciato, purché questo non risulti causato o concausato da malattia preesistente alla data di effetto della assicurazione.

Pertanto non sono indennizzabili le conseguenze di malattie preesistenti alla data di stipulazione della polizza; inoltre, nella valutazione dei postumi, si tiene conto soltanto delle conseguenze della malattia insorta dopo la stipulazione del contratto e non di quelle riconducibili a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto.

DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO E LA LIQUIDAZIONE DEL DANNO

L'Assicurato deve acconsentire alla visita dei medici incaricati dalla Società ed alle indagini, valutazioni ed accertamenti necessari per la determinazione del diritto all'indennizzo.

Il grado di invalidità permanente viene accertato in un periodo compreso tra i 12 e i 18 mesi dalla data di denuncia e valutato nella misura percentuale nella quale è ridotta la capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro.

In alternativa l'accertamento della percentuale di invalidità permanente, su richiesta dell'Assicurato, potrà avvenire trascorsi almeno 6 mesi dalla denuncia a condizione che:

- a) venga prodotta diagnosi clinica di guarigione avvenuta;
- b) la menomazione conseguente alla malattia risulti del tutto stabilizzata.

La Società non corrisponde alcun indennizzo se l'invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 25% della totale.

Se invece viene accertato un grado di invalidità pari o superiore al 25% l'indennizzo viene corrisposto applicando alla somma assicurata in polizza per invalidità permanente da malattia la percentuale liquidabile individuata nella seguente tabella in corrispondenza del grado accertato di invalidità:

Colonna A % accertata	Colonna B % da liquidare	Colonna A % accertata	Colonna B % da liquidare
<i>Inferiore a 25</i>	<i>0</i>	44	39
25	1	45	41
26	3	46	43
27	5	47	45
28	7	48	47
29	9	da 49 a 66	uguale all'accertato
30	11	67	68
31	13	68	70
32	15	69	72
33	17	70	74
34	19	71	76
35	21	72	78
36	23	73	80
37	25	74	82
38	27	75	84
39	29	76	87
40	31	77	90
41	33	78	93
42	35	79	97
43	37	80 e oltre	100

Nella Colonna A è riportata la percentuale di invalidità permanente accertata, nella Colonna B è riportata la percentuale di indennizzo da liquidare.

Ricevuta la documentazione completa attinente al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione provvede al pagamento dell'indennizzo.

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sul grado di invalidità permanente accertato nei termini di cui sopra, è facoltà delle Parti ricorrere alla perizia contrattuale come regolata dall'art. "Controversie – Perizia contrattuale" delle norme che regolano l'assicurazione in generale.

ANTICIPO INDENNIZZI

La Società su richiesta dell'Assicurato corrisponde un anticipo dell'indennizzo da imputarsi nella liquidazione definitiva a condizione che relativamente all'ictus o infarto denunciato:

- a. non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro;
- b. trascorsi almeno 12 mesi dalla denuncia, i postumi non risultino stabilizzati;
- c. l'invalidità permanente che possa derivare risulti, dalle valutazioni mediche effettuate, in ogni caso di grado superiore alla franchigia contrattualmente stabilita.

L'anticipo sarà determinato applicando alla somma assicurata la percentuale liquidabile individuata nella tabella di cui sopra in corrispondenza del grado di invalidità permanente minimo prevedibile per la malattia secondo valutazione medica.

L'anticipo così determinato non potrà comunque superare il 50% dell'indennizzo corrispondente al grado di invalidità permanente massimo prevedibile secondo valutazione medica.

Art. 14.5 Rendita vitalizia da malattia

In caso di malattia indennizzabile, per la quale venga accertato a termini di polizza in capo all'Assicurato un grado di invalidità permanente, intesa quale riduzione definitiva, anche parziale, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro, pari o superiore al 80% la Società - oltre a tutto quanto dovuto a termini di contratto - provvederà a costituire a favore dell'Assicurato stesso e senza alcun onere a suo carico, una rendita vitalizia rivalutabile di importo annuo pari alla somma indicata in polizza, mediante stipulazione di apposita polizza vita con Generali Italia S.p.A.

La garanzia cessa alla scadenza indicata in polizza per il singolo Assicurato senza necessità per alcuna delle Parti di darne disdetta.

A decorrere dalla predetta data di scadenza, se in polizza sono presenti altre garanzie ancora in validità, il premio complessivo del contratto sarà diminuito della parte di premio relativo alla garanzie invalidità permanente da malattia dell'annualità precedente.

IN ATTIVITA'

Art. 14.6 Indennità giornaliera per ricovero e per convalescenza da infortunio

La garanzia prevede che in caso di ricovero o intervento in regime di Day Surgery reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società liquida l'indennità assicurata per ogni giorno di ricovero e, se prevista in polizza, di convalescenza domiciliare.

INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO

La Società, accertato il diritto all'indennizzo, provvede alla liquidazione dell'indennità giornaliera assicurata in polizza per ogni giorno di ricovero documentato, escluso quello di dimissione, per un periodo massimo di 360 giorni per infortunio - anche non consecutivi, ferma la franchigia indicata in polizza.

In caso di day hospital, la Società liquida l'indennità al 50%.

INDENNITA' GIORNALIERA DA CONVALESCENZA

A seguito di ricovero indennizzabile nei termini di cui sopra, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata in polizza anche per la relativa convalescenza domiciliare secondo le modalità indicate in polizza per ciascun Assicurato.

FRANCHIGIA

Se indicata in polizza la garanzia opera previa applicazione della franchigia.

Pertanto l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta per ciascun ricovero a partire dal giorno successivo a quelli di franchigia pattuiti.

ANTICIPO INDENNIZZO

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo relativo alla presente garanzia, da imputarsi nella liquidazione definitiva delle stesse, *su presentazione dei documenti che attestino e giustifichino il ricovero stesso*, fermi i limiti previsti per la garanzia "Indennità giornaliera da ricovero". In caso di prolungarsi della degenza la richiesta dell'anticipo può essere presentata con cadenza mensile.

Art. 14.7 Indennità giornaliera per ricovero e per convalescenza da infortunio, malattia o parto

La garanzia prevede che in caso di ricovero o intervento in regime di Day Surgery reso necessario da malattia, infortunio, parto, aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico la Società, ferma la franchigia indicata in polizza, liquida l'indennità assicurata per ogni giorno di ricovero e, se prevista in polizza, di convalescenza domiciliare.

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La presente garanzia è valida:

- dalle ore 24 del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni e l'aborto post-traumatico;
- dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione per le malattie, l'aborto spontaneo e terapeutico;
- dalle ore 24 del trecentesimo giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione per il parto indennizzabile a termini di polizza;
- dalle ore 24 del centottantesimo giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società.

Qualora il presente contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

Analogamente in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, il termine di aspettativa decorre dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse prestazioni assicurate.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui sopra decorreranno nuovamente a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

ESCLUSIONI

Oltre tutto quanto già indicato all'art. Esclusioni delle Norme generali in caso di infortunio e all'art. Esclusioni delle Norme generali in caso di malattia, per la presente garanzia operano le seguenti specifiche esclusioni:

- a) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto; la deviazione del setto o della piramide nasale sono compresi in garanzia solo se resi necessari da infortunio, su presentazione di certificazione rilasciata dal centro di Pronto Soccorso e/o di esame radiografico attestante la frattura delle ossa nasali;
- b) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);
- c) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- d) le cure e gli interventi finalizzati alla contraccezione, al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- e) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del parodontio, gli interventi preprotetici e di implantologia;
- f) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- g) cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS (c.d. protocolli sperimentali);
- h) ricoveri e i day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- i) ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

DENUNCIA DEL RICOVERO

La denuncia di sinistro per la corresponsione dell'indennità giornaliera di ricovero deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato entro 15 giorni dall'avvenuta dimissione presentando, non appena rilasciata dall'Istituto di cura, la certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero.

L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società e a indagini, valutazioni ed accertamenti necessari per la determinazione del diritto all'indennizzo.

INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO

La Società, accertato il diritto all'indennizzo, provvede alla liquidazione dell'indennità giornaliera dovuta a termini di contratto per ogni giorno di ricovero documentato, escluso quello di dimissione, con il massimo di 360 giorni per annualità assicurativa.

L'indennità assicurata in polizza viene riconosciuta anche in caso di intervento in regime di Day Surgery.

Detta indennità viene corrisposta:

- a) con le seguenti maggiorazioni non cumulabili tra di loro:
 - 50% a partire dal quindicesimo giorno successivo a quello del ricovero;
 - 100% a partire dal trentesimo giorno successivo a quello del ricovero;
 - 100% per ogni giorno di degenza in reparti di cura intensiva;
- b) aumentata del 50% qualora l'istituto di cura sia situato fuori dalla regione di residenza dell'Assicurato;
- c) ridotta del 50% in caso di day hospital. L'indennità è dovuta esclusivamente per day hospital di durata superiore a 1 giorno (almeno 2 giorni), purché dalla documentazione dell'istituto di cura risulti che il day hospital, fatta eccezione per le festività, è avvenuto senza soluzione di continuità.

L'importo dell'indennità, anche se maggiorata per i motivi di cui al punto 1) lett. a) e b) del presente articolo, *non può comunque superare il limite di euro 350,00 giornalieri.*

INDENNITA' GIORNALIERA DA CONVALESCENZA

A seguito di ricovero indennizzabile nei termini di cui sopra, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata in polizza anche per la relativa convalescenza domiciliare secondo le modalità disciplinate in polizza (nella scheda di polizza) per ciascun assicurato.

FRANCHIGIA

Se indicata in polizza la garanzia opera previa applicazione della franchigia.

Pertanto l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta per ciascun ricovero a partire dal giorno successivo a quelli di franchigia pattuiti.

Si precisa che ai fini dell'applicazione della franchigia i ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico nella stessa sede anatomica od in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta.

Art. 14.8 Rimborso spese sanitarie da infortunio

La garanzia prevede il rimborso all'Assicurato di spese mediche sostenute in conseguenza diretta di infortunio indennizzabile a termini di polizza.

La Società rimborsa - fino alla concorrenza del massimale annuo indicato in polizza - le seguenti spese:

a) durante il ricovero per:

- onorari dei chirurghi e dell'équipe operatoria;
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- quote di partecipazione al S.S.N. (ticket) relative alle prestazioni precedenti;
- il trasporto dell'Assicurato in istituto di cura ed il ritorno a casa, effettuati con qualunque mezzo.

In caso di **ricovero in ospedale pubblico** *che comporti almeno due pernottamenti*, **per il quale l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa**, viene corrisposta un'indennità sostitutiva di euro 50,00 per ogni giorno di ricovero, con il massimo di 90 giorni per anno assicurativo. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

Tale indennità sostitutiva è cumulabile con la garanzia " Indennità giornaliera da ricovero".

b) dopo il ricovero, purché prescritti dal medico curante, per:

- esami ed accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali avvenute nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo ricovero; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, restano comunque escluse le spese sostenute per protesi dentarie;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi compiuti nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo ricovero, fino ad un limite del 30% della somma assicurata col massimo di euro 3.500,00.

c) in assenza o prima del ricovero, purché prescritti dal medico curante, per:

- esami ed accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali avvenute nei 120 giorni successivi alla data dell'infortunio; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, restano comunque escluse le spese sostenute per protesi dentarie;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi compiuti nei 120 giorni successivi alla data dell'infortunio, fino ad un limite del 20% della somma assicurata col massimo di euro 2.500,00.

In assenza di ricovero la garanzia è operante con applicazione di una franchigia di euro 100,00.

A cure ultimate e previa presentazione di regolare documentazione giustificativa in originale sono comprese le spese sostenute in diretta conseguenza dell'infortunio, per:

- primo acquisto di ogni tipo di protesi ortopedica resa necessaria dall'infortunio nonché per l'acquisto o il noleggio (per il periodo massimo di 1 anno) di carrozzelle ortopediche;
- cure ed applicazioni (inclusi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, *ferma l'esclusione delle protesi dentarie*) effettuate entro 2 anni dall'infortunio, allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'infortunio stesso.

Per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, l'Assicurato può ricorrere alle strutture mediche convenzionate: in tal caso la Società provvede al pagamento diretto delle spese senza che l'Assicurato debba anticipare alcuna spesa.

Per usufruire di tale possibilità, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa Medica (in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00 esclusi i festivi), almeno 5 giorni feriali prima della data della prestazione, telefonando:

dall'Italia al numero 800 713 720
dall'estero al numero +39 0258 286 696

fornendo i seguenti dati:

- numero di polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;
- verbale di pronto soccorso relativo all'infortunio;
- tipologia di trattamento richiesto risultante dalla prescrizione del medico curante comprensiva della diagnosi circostanziata (tale documentazione dovrà essere inviata alla Centrale Operativa Medica);
- luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.

La Centrale Operativa Medica, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione, provvede all'individuazione della Struttura Medica Convenzionata in accordo con l'Assicurato ed alla conferma allo stesso dell'avvenuta prenotazione della prestazione nonché dell'operatività del pagamento diretto.

All'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata l'Assicurato compilerà la Lettera di impegno.

La Centrale Operativa Medica in seguito pagherà direttamente alla Struttura Medica Convenzionata le spese garantite fatto salvo l'eventuale scoperto/franchigia che resterà a carico dell'Assicurato stesso.

Tale tipologia di liquidazione è possibile solo se i trattamenti vengono eseguiti presso Strutture Mediche Convenzionate con conferma di pagamento diretto dalla Centrale Operativa Medica: in tutti gli altri casi l'Assicurato provvederà al pagamento e le somme saranno rimborsate a termini di polizza.

Indennità aggiuntiva speciale per degenze prolungate

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per il quale l'Assicurato subisca un ricovero, la Società liquida una delle seguenti indennità calcolate sulla somma assicurata per Invalidità Permanente:

- 1%, in caso di ricovero superiore a 14 giorni consecutivi;
- 2%, in caso di ricovero superiore a 21 giorni consecutivi;
- 3%, in caso di ricovero superiore a 30 giorni consecutivi.

Il giorno di dimissione non viene considerato.

L'importo liquidato non potrà superare la somma di euro 10.000,00.

La garanzia non vale comunque in caso di ricoveri in regime di day hospital.

Modalità di pagamento: il pagamento a rimborso

Il rimborso delle spese, debitamente documentate, avverrà presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, fatta salva l'eventuale franchigia.

ANTICIPO INDENNIZZI

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo relativo alla presente garanzia, da imputarsi nella liquidazione definitiva, qualora l'Assicurato abbia sostenuto delle spese documentate per un importo non inferiore a euro 2.000,00 previa presentazione dei documenti giustificativi. L'anticipo viene corrisposto nei limiti previsti per la garanzia "Rimborso spese sanitarie", salvo conguaglio a cura ultimata

Art. 14.9 Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento

In caso di ricovero in istituto di cura ovvero di intervento chirurgico, anche in regime di day hospital o ambulatoriale, reso necessario da malattia o infortunio, la Società indennizza, fino a concorrenza della somma assicurata indicata in polizza quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata risultante nell'apposito riquadro della presente garanzia, le spese sostenute per:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 60 giorni precedenti il ricovero o l'intervento, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici rieducativi, effettuati nei 60 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

La Società indennizza le spese sostenute per le suddette prestazioni previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di euro 50,00 sull'ammontare delle spese indennizzabili per la singola malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento. Le voci di spese per le quali venga richiesto il rimborso del solo ticket saranno invece oggetto di indennizzo integrale.

Ai fini dell'operatività della garanzia devono essere presentate in originale le fatture, notule e distinte relative ai pagamenti effettuati che verranno restituite dalla Società all'Assicurato a rimborso avvenuto.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, *al netto di quanto a carico dei predetti terzi.*

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro è facoltà delle Parti ricorrere alla perizia contrattuale come regolata dall'art. "controversie – perizia contrattuale" delle norme che regolano l'assicurazione in generale.

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La presente garanzia è valida:

- dalle ore 24 del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni e l'aborto post-traumatico;
- dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione per le malattie, l'aborto spontaneo e terapeutico;
- dalle ore 24 del centottantesimo giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società.

Qualora il presente contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

Analogamente in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, il termine di aspettativa decorre dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse prestazioni assicurate.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui sopra decorreranno nuovamente a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

Art. 14.10 Indennizzo forfettario per intervento chirurgico

La garanzia prevede un indennizzo forfettario prefissato per gli interventi chirurgici presenti nell'"Elenco Interventi chirurgici" in regime di ricovero, day surgery, day hospital o ambulatoriale - resi necessari da malattia o infortunio, verificatisi nel corso di validità del contratto.

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La presente garanzia è valida dalle ore 24:

- a) del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni;
- b) del trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- c) del centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto sempreché non conosciute e/o non diagnosticate al momento della stipulazione stessa.

Qualora il presente contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, in cui sia già prestata la presente garanzia i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui sopra vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

La garanzia cessa alla scadenza indicata in polizza per il singolo Assicurato senza necessità per alcuna delle Parti di darne disdetta.

Se in polizza sono presenti altre garanzie ancora in validità, il premio complessivo del contratto sarà diminuito della parte di premio relativo alla garanzie invalidità permanente da malattia dell'annualità precedente.

ESCLUSIONI

Oltre tutto quanto già escluso dalle norme generali in caso di infortunio e di malattia, per la presente garanzia operano le seguenti specifiche esclusioni:

- a) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto; la deviazione del setto o della piramide nasale sono compresi in garanzia solo se resi necessari da infortunio, su presentazione di certificazione rilasciata dal centro di Pronto Soccorso e/o di esame radiografico attestante la frattura delle ossa nasali;
- b) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);

- c) *l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;*
- d) *le cure e gli interventi finalizzati alla contraccezione, al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;*
- e) *le prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia oncologica. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione;*
- f) *le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;*
- g) *cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS (c.d. protocolli sperimentali);*
- h) *ricoveri e i day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;*
- i) *ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.*
- j) *gli interventi chirurgici per la rimozione di dispositivi impiantati per osteosintesi;*
- k) *gli interventi chirurgici ambulatoriali – intendendosi per tali quelli sostenuti non in regime di ricovero o day hospital - ancorché effettuati all'interno di Istituti di cura;*
- l) *le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del parodontio, gli interventi preprotetici e di implantologia.*

DENUNCIA DI SINISTRO

La denuncia dell'intervento subito deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato entro 15 giorni dall'avvenuta dimissione presentando necessaria documentazione medica, inclusa cartella clinica completa in copia conforme all'originale, comprensiva della scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società e a indagini, valutazioni ed accertamenti necessari per la determinazione del diritto all'indennizzo.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' PER INTERVENTO CHIRURGICO

Gli interventi sono suddivisi in sette classi così come determinate nell'"Elenco interventi chirurgici".

L'indennizzo spettante all'Assicurato corrisponde all'importo associato alla classe in cui rientra l'intervento subito come indicato in polizza.

In caso di intervento chirurgico non specificatamente previsto nell'"Elenco Interventi chirurgici" la relativa classe di intervento verrà stabilita secondo il principio di analogia ed equivalenza con l'intervento contenuto nell'elenco più corrispondente al tipo di terapia e tecnica chirurgica seguita.

In caso di più interventi chirurgici sostenuti nel corso della stessa seduta operatoria il diritto all'indennizzo verrà riconosciuto per un solo intervento e la classe di intervento attribuita, ai fini della determinazione dell'indennizzo spettante, sarà quella corrispondente all'importo maggiore tra quelli previsti per i diversi interventi chirurgici sostenuti.

Qualora nel corso della stessa annualità assicurativa vengano sostenuti più interventi chirurgici per la stessa patologia sullo stesso distretto anatomico od organo, sarà ulteriormente indennizzabile esclusivamente il secondo intervento entro il limite del 50% dell'importo previsto.

Fermo il riconoscimento degli importi previsti per singolo intervento chirurgico le somme assicurate indicate in contratto per presente garanzia devono intendersi quali disponibilità uniche per annualità assicurativa e per persona assicurata.

L'importo complessivo degli indennizzi corrisposti nel corso dell'annualità assicurativa non potrà pertanto superare per persona assicurata la relativa somma assicurata indicata in contratto.

Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla classificazione degli interventi chirurgici è facoltà delle Parti ricorrere alla perizia contrattuale come regolata dall'art. "controversie – perizia contrattuale" delle norme che regolano l'assicurazione in generale.

Art. 14.11 Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio

Qualora l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, abbia per conseguenza una inabilità temporanea, intesa quale perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate, la Società liquida la diaria giornaliera assicurata in polizza, per un periodo massimo di un anno dal giorno dell'infortunio, integralmente per ogni giorno di incapacità totale e al 50% per ogni giorno di incapacità parziale con applicazione della franchigia scelta dall'Assicurato e indicata in polizza.

FRANCHIGIA 7 G (per scaglioni di somma assicurata)

L'indennità assicurata viene corrisposta:

- *per la parte di somma assicurata fino a euro 50,00 a partire dall'8° giorno successivo all'infortunio;*
- *per la parte di somma assicurata eccedente euro 50,00 a partire dal 16° giorno successivo all'infortunio*

In caso di infortunio che comporti un ricovero in istituto di cura di almeno tre giorni, la Società corrisponderà l'indennizzo per Inabilità Temporanea senza l'applicazione della franchigia di 7 giorni sulla parte di somma assicurata fino a euro 50,00.

FRANCHIGIA 10 G

L'indennità assicurata viene corrisposta a partire dall'11° giorno successivo all'infortunio.

In caso di infortunio che comporti un ricovero in istituto di cura di almeno tre giorni, la Società corrisponderà l'indennizzo per Inabilità Temporanea senza l'applicazione della franchigia.

Art. 14.12 Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza diretta ed esclusiva, l'incapacità fisica totale dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate, la Società corrisponderà per ogni periodo di inabilità temporanea di 90 o 60 giorni consecutivi (sulla base dell'opzione indicata in polizza), un indennizzo pari a 1/4 (se l'opzione scelta è 90 giorni) o 1/6 (se l'opzione scelta è 60 giorni) della somma assicurata per la presente garanzia, fino al massimo di 360 giorni.

La liquidazione dell'indennizzo spettante verrà effettuata allo scadere di ogni periodo di 90 o 60 giorni, previa presentazione della documentazione comprovante l'infortunio e l'inabilità.

Art. 14.13 Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio

Se in conseguenza di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, all'Assicurato viene applicato un apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno equivalente, la Società liquida l'indennità giornaliera assicurata in polizza a decorrere dal giorno successivo all'applicazione della gessatura o tutore sino al giorno della sua rimozione, ma comunque per un periodo non superiore a 20 giorni per le dita e a 60 giorni in tutti gli altri casi.

L'applicazione dell'apparecchio gessato o tutore immobilizzante e il tipo di lesione subita devono essere comprovate da certificazione della struttura ospedaliera/istituto di cura ove è stata eseguita; la rimozione deve essere comprovata *dallo specialista che ha in cura l'Assicurato* oppure da certificazione scritta da parte del medico della struttura ospedaliera/istituto ove è avvenuta la rimozione.

In caso di frattura radiologicamente accertata l'indennità viene riconosciuta pure nel caso in cui l'applicazione dell'apparecchio gessato o tutore immobilizzante, anche amovibile autonomamente, sia stata eseguita presso centro privato.

L'indennità verrà liquidata anche in caso di frattura scomposta di coste o del bacino o di frattura composta di almeno due archi costali, per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione, ma comunque per un periodo non superiore a 60 giorni.

Qualora nel contratto sia operante anche l'indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o l'indennità giornaliera per convalescenza da infortunio e malattia, ferme le franchigie/scoperti pattuite contrattualmente, si precisa che le singole indennità assicurate non si cumulano tra di loro.

In tal caso, qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini ricovero e applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante venga prescritta anche una convalescenza, verrà liquidata all'Assicurato l'indennità a lui più favorevole; se la convalescenza prescritta a termini di polizza è di almeno 5 giorni, la Società corrisponde comunque un'ulteriore indennità forfettaria pari al 25% dei giorni di gessatura, con il massimo di 10 giorni.

IN CONTINUITA'

Art. 14.14 Morte da infortunio

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato o, in alternativa, ai beneficiari, intesi quale persona fisica o giuridica espressamente indicati in polizza.

Gli indennizzi per morte e invalidità permanente non sono cumulabili; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente in conseguenza del medesimo infortunio l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai soggetti beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquida la somma prevista per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 Codice Civile. Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

TUTELA LEGALE

15. PREMESSA

In relazione alla normativa introdotta dal D. Lsg. n. 209 del 7 Settembre 2005 - Titolo XI, Capo II, Artt. 163 e 164, la Società ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di Tutela Legale a D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., con sede in via Enrico Fermi 9/B – Verona – Numero verde 800/475633 – fax 045/8351023 in seguito per brevità denominata DAS.

A quest'ultima dovranno essere inviate tutte le denunce, i documenti ed ogni altro elemento relativi a tali sinistri.

16. TUTELA LEGALE BASE

Art. 16.1 Oggetto dell'assicurazione

La Società assume a proprio carico, *nei limiti della somma assicurata e delle condizioni previste in polizza*, il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale che si rendano necessarie a tutela dei diritti dell'Assicurato, conseguente a un sinistro rientrante in garanzia.

Rientrano in garanzia le seguenti spese:

- a) per l'intervento di un legale incaricato alla gestione del sinistro;
- b) gli onorari di un eventuale legale domiciliatario, *con il limite della somma di Euro 3.000,00 per sinistro e per annualità assicurativa*;
- c) per l'intervento del perito/consulente tecnico d'ufficio e/o di un consulente tecnico di parte;
- d) di soccombenza liquidate a favore di controparte, *con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà*;
- e) conseguenti ad una transazione autorizzata da DAS, comprese le spese della controparte, *sempre che siano state autorizzate da DAS*;
- f) degli arbitri e del legale intervenuti nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta in Arbitrato;
- g) per accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- h) per la redazione di denunce, querele, istanze all'Autorità Giudiziaria;
- i) per l'indennità, *posta ad esclusivo carico dell'Assicurato e con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà, spettante agli organismi di mediazione, se non rimborsata dalla controparte a qualunque titolo, nei limiti di quanto previsto nelle tabelle delle indennità spettanti agli Organismi pubblici*;
- j) per l'esecuzione forzata, *nel limite dei primi due tentativi*;
- k) per il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari, *se non rimborsato dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima*.

Art. 16.2 Ambito dell'assicurazione

Con riferimento all'art. "Oggetto dell'assicurazione", la garanzia riguarda la tutela dei diritti dell'Assicurato *allorché sia rimasto vittima*:

- *di infortunio indennizzabile a termini della SEZIONE INFORTUNI se assicurato solo nell'ambito di tale Sezione*;
- *di infortunio o malattia indennizzabili a termini delle SEZIONI INFORTUNI E MALATTIE se assicurato nell'ambito di entrambe tali Sezioni*.

per ottenere il risarcimento di danno extracontrattuale subito per fatto illecito di terzi; qualora l'evento che ha causato l'infortunio o la malattia abbia contestualmente causato anche un danno a cose, la garanzia vale anche per il recupero dei danni materiali.

Art. 16.3 Consulenza legale telefonica

A integrazione di tale garanzia, DAS offre un servizio di consulenza telefonica *nell'ambito delle materie previste in polizza*, tramite numero verde 800.475.633. L'Assicurato potrà telefonare in orario d'ufficio (dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00) e ottenere consulenza legale per:

- affrontare in modo corretto controversie di natura legale;
- impostare correttamente comunicazioni rivolte a controparti, come ad esempio richieste di risarcimento o diffide;

- ottenere chiarimenti su leggi, decreti e normative vigenti.

Art. 16.4 Assicurato

La garanzia opera a favore delle persone indicate in Polizza.

Art. 16.5 Operatività

Le garanzie operano per i sinistri che insorgono e debbano essere processualmente trattati ed eseguiti in tutti gli Stati d'Europa.

Art. 16.6 Somma assicurata

La Società assume a proprio carico l'onere delle spese di cui all'art. "Oggetto dell' assicurazione" fino a concorrenza della somma di euro 10.000,00 per sinistro.

Art. 16.7 Esclusioni

La Società non assume a proprio carico il pagamento di multe o ammende e, fatta eccezione per il contributo unificato e per l'IVA esposta nelle fatture dei professionisti incaricati, gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza.

La garanzia è esclusa per:

- *sinistri derivanti da fatti dolosi compiuti dall'Assicurato;*
- *danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;*
- *controversie di natura contrattuale;*
- *controversie nei confronti di Enti o Assicurazioni previdenziali o assistenziali;*
- *vertenze con imprese di assicurazione.*

Inoltre se l'infortunio o la malattia deriva da evento occorso all'Assicurato mentre si trovava alla guida di un veicolo, l'Assicurazione è esclusa:

- *se l'Assicurato non è munito di patente valida e regolare in relazione al veicolo o se non ottempera agli obblighi prescritti dalla patente stessa;*
- *se, al momento del sinistro, il veicolo non risulta coperto da una valida polizza di Assicurazione di Responsabilità Civile ai sensi della normativa vigente;*
- *se l'Assicurato:*
 - *è imputato di guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o gli sia stata applicata una delle sanzioni previste dagli artt. 186, 186bis e 187 del Codice della Strada;*
 - *è imputato del reato di fuga o di omissione di soccorso (art. 189 Codice della Strada).*

Art. 16.8 Insorgenza del sinistro - Operatività della garanzia

Il sinistro si intende insorto e quindi verificato nel momento in cui la controparte o un terzo avrebbero iniziato a violare norme di legge.

La garanzia assicurativa riguarda i sinistri che insorgono dalle ore 24 del giorno di stipulazione del contratto.

La garanzia si estende ai sinistri che siano insorti durante il periodo di validità del contratto dei quali l'Assicurato sia venuto a conoscenza entro 360 giorni dalla cessazione del contratto stesso e che siano stati denunciati a DAS nei termini previsti dalla legge.

Il sinistro è unico a tutti gli effetti, in presenza di:

- *vertenze promosse da o contro una o più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;*
- *procedimenti, anche di natura diversa, dovuti al medesimo evento-fatto nei quali siano coinvolte una o più persone assicurate.*

In caso di vertenza tra più Assicurati, nell'ambito dello stesso contratto, la garanzia verrà prestata solo a favore del Contraente.

Art. 16.9 Denuncia del sinistro e scelta del legale

Per denunciare un sinistro, l'Assicurato dovrà segnalare tempestivamente l'accaduto a DAS al numero verde 800.475.633.

DAS raccoglierà la denuncia, indicherà i documenti necessari per l'attivazione della garanzia, fornirà tutte le informazioni relative alle modalità di gestione del sinistro e rilascerà un numero identificativo della pratica.

Tutta la documentazione dovrà essere regolarizzata a spese dell'Assicurato secondo le norme fiscali di bollo e di registro.

In mancanza di idonea documentazione a supporto della denuncia, DAS non sarà responsabile di eventuali ritardi nella gestione del sinistro.

L'Assicurato dovrà far pervenire a DAS la notizia di ogni atto, a lui formalmente notificato secondo la normativa vigente, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa. In caso di inadempimento si applica l'art. 1915 Codice Civile.

Contemporaneamente alla denuncia del sinistro o al momento dell'avvio dell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può indicare a DAS un legale che esercita in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia, ovvero che esercita nel Circondario del Tribunale ove ha residenza l'Assicurato - al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo.

La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale, ove si verifichi una situazione di conflitto di interessi con DAS.

Art. 16.10 Gestione del sinistro

Ricevuta la denuncia del sinistro, DAS si riserva la facoltà di gestire la fase stragiudiziale, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, e di svolgere ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia. A tal fine l'Assicurato dovrà rilasciare a DAS, ove da questa richiesto, apposita procura per la gestione delle controversie. In tale fase stragiudiziale DAS valuterà l'opportunità di ricorrere o aderire a un procedimento di mediazione, riservandosi nel primo caso la scelta dell'Organismo di mediazione. Ove la composizione bonaria non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo, DAS trasmette la pratica al legale designato ai sensi dell'art. "Denuncia del sinistro e scelta del legale".

Per ogni stato della vertenza e grado di giudizio:

- a) l'Assicurato deve tenere aggiornata DAS su ogni circostanza rilevante ai fini dell'erogazione delle prestazioni previste in polizza, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in polizza;
- b) gli incarichi ai consulenti tecnici ed agli eventuali investigatori privati devono essere preventivamente concordati con DAS, pena il mancato rimborso della relativa spesa;
- c) gli incarichi ai legali devono essere preventivamente concordati con DAS, sempre che le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo; agli stessi l'Assicurato rilascerà le necessarie procure; in caso contrario l'Assicurato decadrà dal diritto alle prestazioni previste in polizza;
- d) l'Assicurato, senza preventiva autorizzazione di DAS, non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale. Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza - con conseguente impossibilità per l'Assicurato di preventiva richiesta di benestare - i quali verranno ratificati da DAS, che sia stata posta in grado di verificare urgenza e congruità dell'operazione.

La Società e DAS non sono responsabili dell'operato di legali e periti.

Art. 16.11 Disaccordo sulla gestione del caso assicurativo - Arbitrato

In caso di divergenza di opinione fra l'Assicurato e DAS sulle possibilità di esito positivo, o comunque più favorevole all'Assicurato, di un Giudizio o di un ricorso al Giudice Superiore, la questione, a richiesta di una delle parti da formularsi con lettera raccomandata, fax o PEC, potrà essere demandata ad un arbitro sulla cui designazione le parti dovranno accordarsi. Se un tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale del Foro competente, ai sensi di legge. L'arbitro deciderà secondo equità e le spese di arbitrato saranno a carico della parte soccombente. Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio con facoltà di ottenere da DAS la rifusione delle spese incontrate, e non liquidate dalla controparte, qualora il risultato in tal modo conseguito sia più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito da DAS stessa, in linea di fatto o di diritto.

Art. 16.12 Recupero di somme

Tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi sono di esclusiva spettanza dell'Assicurato, mentre spetta a DAS quanto liquidato a favore anche dello stesso Assicurato giudizialmente o stragiudizialmente per spese, competenze ed onorari.

17. TUTELA LEGALE GOLD**Art. 17.1 Oggetto dell'assicurazione**

La Società assume a proprio carico, nei limiti della somma assicurata e delle condizioni previste in polizza, il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale che si rendano necessarie a tutela dei diritti dell'Assicurato, conseguente a un sinistro rientrante in garanzia.

Rientrano in garanzia le seguenti spese:

- a) per l'intervento di un legale incaricato alla gestione del sinistro;
- b) gli onorari di un eventuale legale domiciliatario, con il limite della somma di Euro 3.000,00 per sinistro e per annualità assicurativa;
- c) per l'intervento del perito/consulente tecnico d'ufficio e/o di un consulente tecnico di parte;
- d) di soccombenza liquidate a favore di controparte, con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà;
- e) conseguenti ad una transazione autorizzata da DAS, comprese le spese della controparte, sempre che siano state autorizzate da DAS;
- f) degli arbitri e del legale intervenuti nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta in Arbitrato;
- g) per accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- h) per la redazione di denunce, querele, istanze all'Autorità Giudiziaria;
- i) per l'indennità, posta ad esclusivo carico dell'Assicurato e con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà, spettante agli organismi di mediazione, se non rimborsata dalla controparte a qualunque titolo, nei limiti di quanto previsto nelle tabelle delle indennità spettanti agli Organismi pubblici;
- j) per l'esecuzione forzata, nel limite dei primi due tentativi;
- k) per il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari, se non rimborsato dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.

Art. 17.2 Ambito dell'assicurazione

Con riferimento all'art. "Oggetto dell'assicurazione", la garanzia riguarda la tutela dei diritti dell'Assicurato allorché sia rimasto vittima:

- di infortunio indennizzabile a termini della SEZIONE INFORTUNI se assicurato solo nell'ambito di tale Sezione;
- di infortunio o malattia indennizzabili a termini delle SEZIONI INFORTUNI E MALATTIE se assicurato nell'ambito di entrambe tali Sezioni.

La garanzia opera per:

- 1) ottenere il risarcimento di danno extracontrattuale subito per fatto illecito di terzi; qualora l'evento che ha causato l'infortunio o la malattia abbia contestualmente causato anche un danno a cose, la garanzia vale anche per il recupero dei danni materiali;
- 2) sostenere vertenze di natura contrattuale o extracontrattuale nei confronti di medici o altri professionisti in ambito sanitario o di strutture sanitarie pubbliche o private, ai quali l'Assicurato si sia rivolto per le cure in seguito all'infortunio o alla malattia;
- 3) sostenere controversie nei confronti di enti e/o assicurazioni previdenziali e assistenziali riferite a prestazioni connesse con l'infortunio o la malattia. Sono escluse le controversie nei confronti di imprese di assicurazione in relazione a polizze che coprono tali rischi.

Art. 17.3 Consulenza legale telefonica

A integrazione di tale garanzia, DAS offre un servizio di consulenza telefonica nell'ambito delle materie previste in polizza, tramite numero verde 800.475.633. L'Assicurato potrà telefonare in orario d'ufficio (dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00) e ottenere consulenza legale per:

- affrontare in modo corretto controversie di natura legale;
- impostare correttamente comunicazioni rivolte a controparti, come ad esempio richieste di risarcimento o diffide;
- ottenere chiarimenti su leggi, decreti e normative vigenti.

Art. 17.4 Assicurato

La garanzia opera a favore delle persone indicate in Polizza.

Art. 17.5 Operatività

Le garanzie operano per i sinistri che insorgono e debbano essere processualmente trattati ed eseguiti

- in tutti gli Stati d'Europa, nell'ipotesi di danno extracontrattuale;
- in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, negli altri casi.

Art. 17.6 Somma assicurata

La Società assume a proprio carico l'onere delle spese di cui all'art. "Oggetto dell'assicurazione" fino a concorrenza della somma di euro 25.000,00 per sinistro.

Art. 17.7 Esclusioni

La Società non assume a proprio carico il pagamento di multe o ammende e, fatta eccezione per il contributo unificato e per l'IVA esposta nelle fatture dei professionisti incaricati, gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza.

La garanzia è esclusa per:

- sinistri derivanti da fatti dolosi compiuti dall'Assicurato;
- danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;
- vertenze con imprese di assicurazione.

Inoltre se l'infortunio o la malattia deriva da evento occorso all'Assicurato mentre si trovava alla guida di un veicolo, l'Assicurazione è esclusa:

- sinistri se l'Assicurato non è munito di patente valida e regolare in relazione al veicolo o se non ottempera agli obblighi prescritti dalla patente stessa; da fatti dolosi compiuti dall'Assicurato;
- se, al momento del sinistro, il veicolo non risulta coperto da una valida polizza di Assicurazione di Responsabilità Civile ai sensi della normativa vigente;
- se l'Assicurato:
 - è imputato di guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o gli sia stata applicata una delle sanzioni previste dagli artt. 186, 186bis e 187 del Codice della Strada;
 - è imputato del reato di fuga o di omissione di soccorso (art. 189 Codice della Strada).

Art. 17.8 Insorgenza del sinistro - Operatività della garanzia

Il sinistro si intende insorto e quindi verificato nel momento in cui la controparte o un terzo avrebbero iniziato a violare norme di legge o di contratto.

La garanzia assicurativa riguarda i sinistri che insorgono dalle ore 24 del giorno di stipulazione del contratto.

La garanzia si estende ai Sinistri che siano insorti durante il periodo di validità del contratto dei quali l'Assicurato sia venuto a conoscenza entro 360 giorni dalla cessazione del contratto stesso e che siano stati denunciati a DAS nei termini previsti dalla legge.

Il sinistro è unico a tutti gli effetti:

- *in presenza di vertenze promosse da o contro una o più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;*
- *in presenza di procedimenti, anche di natura diversa, dovuti al medesimo evento-fatto nei quali siano coinvolte una o più persone assicurate.*

In caso di vertenza tra più Assicurati, nell'ambito dello stesso contratto, la garanzia verrà prestata solo a favore del Contraente.

Art. 17.9 Denuncia del sinistro e scelta del legale

Per denunciare un sinistro, l'Assicurato dovrà segnalare tempestivamente l'accaduto a DAS al numero verde 800.475.633.

DAS raccoglierà la denuncia, indicherà i documenti necessari per l'attivazione della garanzia, fornirà tutte le informazioni relative alle modalità di gestione del sinistro e rilascerà un numero identificativo della pratica.

Tutta la documentazione dovrà essere regolarizzata a spese dell'Assicurato secondo le norme fiscali di bollo e di registro.

In mancanza di idonea documentazione a supporto della denuncia, DAS non sarà responsabile di eventuali ritardi nella gestione del Sinistro.

L'Assicurato dovrà far pervenire a DAS la notizia di ogni atto, a lui formalmente notificato secondo la normativa vigente, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa. In caso di inadempimento si applica l'art. 1915 Codice Civile.

Contemporaneamente alla denuncia del sinistro o al momento dell'avvio dell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può indicare a DAS un legale che esercita in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia, ovvero che esercita nel Circondario del Tribunale ove ha residenza l'Assicurato - al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo.

La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale, ove si verifichi una situazione di conflitto di interessi con DAS.

Art. 17.10 Gestione del sinistro

Ricevuta la denuncia del sinistro, DAS si riserva la facoltà di gestire la fase stragiudiziale, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, e di svolgere ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia. A tal fine l'Assicurato dovrà rilasciare a DAS, ove da questa richiesto, apposita procura per la gestione delle controversie. In tale fase stragiudiziale DAS valuterà l'opportunità di ricorrere o aderire a un procedimento di mediazione, riservandosi nel primo caso la scelta dell'Organismo di mediazione. Ove la composizione bonaria non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo, DAS trasmette la pratica al legale designato ai sensi dell'art. "Denuncia del sinistro e scelta del legale".

Per ogni stato della vertenza e grado di giudizio:

- a) *l'Assicurato deve tenere aggiornata DAS su ogni circostanza rilevante ai fini dell'erogazione delle prestazioni previste in polizza, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in polizza;*
- b) *gli incarichi ai consulenti tecnici ed agli eventuali investigatori privati devono essere preventivamente concordati con DAS, pena il mancato rimborso della relativa spesa;*
- c) *gli incarichi ai legali devono essere preventivamente concordati con DAS, sempre che le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo; agli stessi l'Assicurato rilascerà le necessarie procure; in caso contrario l'Assicurato decadrà dal diritto alle prestazioni previste in polizza;*
- d) *l'Assicurato, senza preventiva autorizzazione di DAS, non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale. Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza - con conseguente impossibilità per l'Assicurato di preventiva richiesta di benestare - i quali verranno ratificati da DAS, che sia stata posta in grado di verificare urgenza e congruità dell'operazione.*

La Società e DAS non sono responsabili dell'operato di legali e periti.

Art. 17.11 Disaccordo sulla gestione del caso assicurativo - Arbitrato

In caso di divergenza di opinione fra l'Assicurato e DAS sulle possibilità di esito positivo, o comunque più favorevole all'Assicurato, di un Giudizio o di un ricorso al Giudice Superiore, la questione, a richiesta di una delle parti da formularsi con lettera raccomandata, fax o PEC, potrà essere demandata ad un arbitro sulla cui designazione le parti dovranno accordarsi. Se un tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale del Foro competente, ai sensi di legge. L'arbitro deciderà secondo equità e le spese di arbitrato saranno a carico della parte soccombente. Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio con facoltà di ottenere da DAS la rifusione delle spese incontrate, e non liquidate dalla controparte, qualora il risultato in tal modo conseguito sia più favorevole di quello in precedenza prospettato o

acquisito da DAS stessa, in linea di fatto o di diritto.

Art. 17.12 Recupero di somme

Tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi sono di esclusiva spettanza dell'Assicurato, *mentre spetta a DAS quanto liquidato a favore anche dello stesso Assicurato giudizialmente o stragiudizialmente per spese, competenze ed onorari.*

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

L'elenco degli interventi chirurgici si riferisce alla garanzia **Indennizzo forfettario per intervento chirurgico**.

Il sistema di codici utilizzato è quello previsto dalla classificazione ICD9-CM riconosciuto e pubblicato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità.

Interventi sul sistema nervoso (01-05)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Puntura transcranica, trapanazione per drenaggio ventricolare	0101	Puntura delle cisterne	III
	0102	Puntura ventricolare mediante catetere già impiantato	
	0109	Altra puntura del cranio	
Craniotomia e craniectomia (decompressiva e/o esplorativa per ascesso epidurale, ematoma extradurale, corpo estraneo, aneurisma intracranico)	0124	Altra craniotomia	IV
	0125	Altra craniectomia	
Interventi sul talamo e sul globo pallido	014	Interventi sul talamo e sul globo pallido	V
Emisferectomia	0152	Emisferectomia	VII
Lobectomia cerebrale	0153	Lobectomia cerebrale (per lesione organica)	VI
Lobotomia e trattotomia	0132	Lobotomia e trattotomia	V
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale profondi e/o rimozione di tessuto di granulazione. Incisione cerebrale e delle meningi cerebrali	0131	Incisione delle meningi cerebrali	VI
	0139	Altre incisioni cerebrali	
	0151	Asportazione di lesione o di tessuto delle meningi cerebrali	
	021	Trattamento di lesione delle meningi cerebrali	
	029	Altri interventi su cranio, cervello e meningi cerebrali	
	0159	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale	
	016	Asportazione di lesioni del cranio	
Ventricolostomia e posizionamento, sostituzione, rimozione o revisione di shunt ventricolare	022	Ventricolostomia	IV
	0231	Anastomosi fra ventricolo e strutture della testa e del collo	
	0232	Anastomosi fra ventricolo e sistema circolatorio	
	0233	Anastomosi fra ventricolo e cavità toracica	
	0234	Anastomosi fra ventricolo, cavità addominale e suoi organi	
	0235	Anastomosi fra ventricolo ed apparato urinario	
	0239	Altri interventi per il drenaggio ventricolare	
	0242	Sostituzione di anastomosi ventricolare	
	0243	Rimozione di anastomosi ventricolare	
Impianto, sostituzione o rimozione di neurostimolatore intracranico	0293	Impianto di neurostimolatore intracranico	III
	0122	Rimozione di neurostimolatore intracranico	
Applicazione, sostituzione o rimozione di trazione transcranica o dispositivo di halo	0294	Applicazione o sostituzione di trazione transcranica o dispositivo di halo	I
	0295	Rimozione di trazione transcranica o dispositivo di halo	
Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici	0492	Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici	II
Rimozione di neurostimolatore dei nervi periferici	0493	Rimozione di neurostimolatore dei nervi periferici	I

Interventi sul sistema nervoso (01-05)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Esplorazione e decompressione di strutture del canale vertebrale (laminectomia per decompressione di radice, laminotomia, foraminotoma)	0302	Riapertura di pregressa laminectomia	IV
	0309	Altra esplorazione e decompressione del canale vertebrale	
Cordotomia e rizotomia	0329	Altra cordotomia	III
Cordotomia percutanea (stereotassica)	0321	Cordotomia percutanea	IV
Asportazione di lesione midollare e interventi di plastica sul midollo	034	Asportazione o demolizione di lesione del midollo o delle meningi spinali	V
	0359	Altri interventi di riparazione e di plastica sul midollo spinale	
	036	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi	
Riparazione di fratture vertebrali	0353	Riparazione di fratture vertebrali	IV
Creazione, revisione e rimozione di shunt spinale	0379	Altro anastomosi spinale	II
	0397	Revisione di anastomosi spinale	
	0398	Rimozione di anastomosi spinale	
Creazione di shunt subaracnoideo-peritoneale o subaracnoideo-ureterale	0371	Anastomosi spinale subaracnoideo-peritoneale	IV
	0372	Anastomosi spinale subaracnoideo ureterale	
Impianto, sostituzione o rimozione di neurostimolatore spinale	0393	Collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale	II
	0394	Rimozione di neurostimolatore spinale	
Altri interventi su midollo spinale e canale vertebrale	0399	Altri interventi sul midollo spinale e sulle strutture del canale vertebrale	IV
Sezione ed asportazione di nervi cranici e periferici (escluso neurectomia ottociliare, gangliectomia simpatica, neurinoma acustico e neurotomia del trigemino)	0404	Altra incisione dei nervi cranici e periferici	V
	0407	Altra resezione o asportazione dei nervi cranici e periferici	
Asportazione neuroma acustico mediante craniotomia	0401	Asportazione di neuroma acustico	III
Sezione trigemino retrogasseriana; decompressione radici trigemino	0402	Sezione del nervo trigemino	III
	0441	Decompressione delle radici del trigemino	
Gangliectomia di nervo cranico o periferico	0405	Gangliectomia del ganglio di Gasser	V
	0406	Altre gangliectomie di nervi cranici o periferici	
Sezione di nervo o ganglio simpatico, simpaticectomia	0529	Altre simpaticectomie e gangliectomie	V
Demolizione nervi cranici o periferici	042	Demolizione di nervi cranici e periferici	V
Sutura di nervi cranici e periferici (esclusi nervi simpatici)	043	Suture dei nervi cranici e periferici	V
Sutura di nervi o gangli simpatici	058	Altri interventi su nervi o su gangli simpatici	V
Separazione aderenze e decompressione nervi cranici e periferici (escluso trigemino, tunnel carpale e tarsale)	0442	Altra decompressione di nervi cranici	V
	0449	Altre decompressioni dei nervi periferici e dei gangli, o separazione di aderenze	
Liberazione tunnel carpale o tarsale	0443	Liberazione del tunnel carpale	II

Interventi sul sistema nervoso (01-05)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
	0444	Liberazione del tunnel tarsale	
Innesto o trapianto di nervo	045	Innesto di nervi cranici o periferici	III
	046	Trasposizione di nervi cranici e periferici	
Neuroplastica cranica o periferica	0499	Altri interventi sui nervi cranici e periferici	IV
Interventi sul sistema endocrino (06-07)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Esplorazione e drenaggio della regione tiroidea, compresa asportazione di corpo estraneo	0601	Aspirazione nella regione tiroidea	I
	0602	Riapertura di ferita della regione tiroidea	
	0609	Altra incisione della regione tiroidea	
Tiroidectomia e/o paratiroidectomia parziali e altri interventi su tiroide e/o paratiroidi	062	Lobectomia monolaterale della tiroide	III
	0631	Asportazione di lesione della tiroide	
	0639	Altra tiroidectomia parziale	
	067	Asportazione del tratto o dotto tireoglosso	
	0689	Altra paratiroidectomia	
	0698	Altri interventi sulla tiroide	
Tiroidectomia completa	064	Tiroidectomia completa	V
Paratiroidectomia completa	0681	Paratiroidectomia completa	IV
Tiroidectomia retrosternale (completa o parziale)	0651	Tiroidectomia retrosternale parziale	V
	0652	Tiroidectomia retrosternale completa	
Surrenectomia monolaterale o parziale e altri interventi sul surrene	0722	Surrenectomia monolaterale	V
	0729	Altra surrenectomia parziale	
	0741	Incisione delle ghiandole surrenali	
	0742	Sezione di nervi afferenti alle ghiandole surrenaliche	
	0743	Legatura di vasi delle ghiandole surrenali	
	0744	Riparazione delle ghiandole surrenali	
	0745	Reimpianto delle ghiandole surrenali	
	0749	Altri interventi su nervi, vasi e ghiandole surrenali	
Surrenectomia bilaterale	073	Surrenectomia bilaterale	V
Asportazione (completa o parziale) ed altri interventi su ghiandola pineale ed ipofisi	0754	Asportazione della ghiandola pineale	V
	0761	Asportazione parziale dell'ipofisi, per via trans-frontale	
	0762	Asportazione parziale dell'ipofisi, per via trans-sfenoidale	
	0763	Asportazione parziale dell'ipofisi, per via non specificata	
	0764	Asportazione totale dell'ipofisi per via trans-frontale	
	0765	Asportazione totale dell'ipofisi per via trans-sfenoidale	
	0768	Asportazione totale dell'ipofisi, per altra via specificata	
	0769	Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata	
Asportazione (completa o parziale) ed altri interventi sul timo	0782	Asportazione totale del timo	IV
	0793	Riparazione del timo	

Interventi sull'occhio (08-16)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Interventi sulla palpebra, correzioni ed asportazioni di lesioni	0820	Rimozione di lesione della poa	I
	0822	Asportazione di altra piccola lesione della palpebra	
	0823	Asportazione di lesione estesa della palpebra non a tutto spessore	
Asportazione di calazio e blefarorrafia	0821	Asportazione di calazio	I
Asportazione di lesione a tutto spessore, entropion/ectropion, blefaroptosi	0824	Asportazione di lesione estesa della palpebra, a tutto spessore	II
	0833	Correzione di blefaroptosi con resezione o avanzamento del muscolo elevatore o sua aponeurosi	
	0836	Correzione di blefaroptosi con altre tecniche	
	0843	Riparazione di entropion o ectropion con resezione cuneiforme	
	0849	Altra riparazione di entropion o ectropion	
Specillazione di vie lacrimali	0943	Specillazione del dotto naso-lacrimale	I
	0942	Specillazione dei canalicoli lacrimali	
Interventi sulle vie lacrimali	0923	Dacrioadenectomia totale	II
	0944	Intubazione del dotto naso-lacrimale	
	0959	Altra incisione delle vie lacrimali	
	096	Asportazione del sacco e delle vie lacrimali	
	0981	Dacriocistorinostomia	
	0999	Altri interventi sull'apparato lacrimale	
Interventi sulla congiuntiva	1031	Asportazione di lesione o tessuto della congiuntiva	I
	1049	Altra congiuntivo plastica	
Interventi sulla cornea e rimozione di corpi estranei	1149	Altra rimozione o demolizione di lesione della cornea	I
Asportazione o trasposizione pterigium, riparazione della cornea	1131	Trasposizione dello pterygium	I
	1139	Altra asportazione dello pterygium	
	1151	Sutura di ferita corneale	
	1159	Altra riparazione della cornea	
Trapianto corneale e cheratoplastica	1160	Trapianto di cornea, non altrimenti specificato	III
	1164	Altra cheratoplastica perforante omologa	
Rimozione corpo estraneo anteriore, iridotomia, iridectomia	1200	Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio, SAI	II
	1212	Altra iridotomia	
	1214	Altra iridectomia	
Iridoplastica,goniopuntura, goniotomia, trabeculectomia, fistolizzazione della sclera	1239	Altra iridoplastica	I
	1259	Altri interventi per facilitare la circolazione intraoculare	
	1264	Trabeculectomia ab externo	
	1269	Altri interventi di fistolizzazione della sclera	
Ciclodiatermia e ciclocrioterapia	1271	Ciclodiatermia	I

Interventi sull'occhio (08-16)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
	1272	Ciclocrioterapia	I
Altri interventi sulla sclera	1273	Ciclofotocoagulazione	II
	1279	Altri interventi per glaucoma	
	1289	Altri interventi sulla sclera	
	1441	Piombaggio sclerale con impianto	
	1449	Altre indentazioni sclerali	
Altri interventi sull'iride, sul corpo ciliare e sulla camera anteriore	129	Altri interventi sull'iride, sul corpo ciliare e sulla camera anteriore	III
Interventi sul cristallino, comprensivi di asportazione di corpo estraneo con impianto di cristallino, capsulotomia, rimozione cristallino impiantato	1300	Rimozione di corpo estraneo dal cristallino, SAI	III
	1319	Altra estrazione intracapsulare del cristallino	
	132	Estrazione extracapsulare della cataratta con tecnica di estrazione lineare	
	133	Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di aspirazione semplice (e di irrigazione)	
	1341	Facuemuulsificazione ed aspirazione di cataratta	
	1342	Facoframmentazione ed aspirazione di cataratta per via pars plana	
	1343	Facoframmentazione meccanica ed aspirazione della cataratta	
	1351	Estrazione extracapsulare del cristallino	
	1359	Altra estrazione extracapsulare del cristallino	
	1370	Inserzione di cristallino artificiale, SAI	
	139	Altri interventi sul cristallino	
	1364	Capsulotomia con YAG-laser dopo estrazione di cataratta	
	1371	Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea	
	1372	Impianto secondario di cristallino artificiale	
	138	Rimozione di cristallino impiantato	
Fotocoagulazione della retina	1424	Fotocoagulazione di lesione corioretinica con laser	II
	1434	Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione con argon (laser)	
Interventi sulla retina e sulle sue componenti anatomiche comprensivi di interventi sulla camera posteriore	1429	Altro trattamento di lesione corioretinica	II
	1454	Riparazione di distacco retinico mediante fotocoagulazione laser	
	1459	Altra riparazione di distacco retinico	
	146	Rimozione dal segmento posteriore dell'occhio di materiale impiantato chirurgicamente	
Altri interventi sul corpo vitreo, retina e camera posteriore	1471	Vitrectomia per via anteriore (limbare)	III
	1472	Altra rimozione del corpo vitreo	
	1474	Altra vitrectomia meccanica	
	1479	Altri interventi sul corpo vitreo	

Interventi sull'occhio (08-16)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Altri interventi su retina, coroide e camera posteriore	149	Altri interventi sulla retina, sulla coroide e sulla camera posteriore	II
Interventi sulle strutture muscolo tendinee dell'occhio	1511	Arretramento di un muscolo extraoculare	II
	1513	Resezione di un muscolo extraoculare	
	153	Interventi su due o più muscoli extraoculari che richiedono distacco temporaneo dal bulbo, uno o entrambi gli occhi	
Orbitotomia	1601	Orbitotomia con lembo osseo	IV
Eviscerazione e rimozione di contenuti del bulbo oculare	163	Eviscerazione del bulbo oculare	II
Enucleazione ed altre procedure interventistiche correlate ad enucleazione del bulbo	1659	Altra eviscerazione dei contenuti dell'orbita	III
Interventi correlati a precedenti interventi sul bulbo oculare	1669	Altri interventi secondari dopo rimozione di bulbo oculare	II
Interventi di riparazione di lesioni del bulbo oculare e dell'orbita	1689	Altra riparazione di lesione del bulbo oculare o dell'orbita	II
Altri interventi sull'orbita	1698	Altri interventi sull'orbita	II
Interventi sull'orecchio (18-20)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazione lesione orecchio esterno, incisione ed altri piccoli interventi sull'orecchio esterno	1829	Asportazione o demolizione di altra lesione dell'orecchio esterno	I
Ricostruzione canale uditivo e padiglione auricolare	1871	Ricostruzione di padiglione auricolare	IV
Stapedectomia, miringoplastica, timpanoplastica	1911	Stapedectomia con sostituzione dell'incudine	IV
	1919	Altra stapedectomia	
	194	Miringoplastica	
	1952	Timpanoplastica di tipo II	
	1953	Timpanoplastica di tipo III	
	1954	Timpanoplastica di tipo IV	
Miringotomia e mobilizzazione della staffa	2001	Miringotomia con inserzione di tubo	I
	2009	Altra miringotomia	
Mastoidectomia, altri interventi sull'orecchio medio	193	Altri interventi sulla catena degli ossicini	III
	2021	Incisione della mastoide	
	2041	Mastoidectomia semplice	
	2042	Mastoidectomia radicale	
	2049	Altra mastoidectomia	
	2091	Timpanosimpatectomia	
2092	Revisione di mastoidectomia		
Interventi sull'orecchio interno	207	Incisione, asportazione e demolizione dell'orecchio interno	IV
Impianto apparecchio acustico elettromagnetico	2098	Impianto o sostituzione di apparecchio protesico cocleare, canale multiplo	III
Interventi su naso, bocca e faringe (21-29)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Interventi sul naso \riduzione frattura nasale	2130	Asportazione o demolizione di lesione del naso, SAI	II
	2171	Riduzione chiusa di frattura nasale non a cielo aperto	
	2172	Riduzione aperta di frattura nasale a cielo aperto	

Interventi su naso, bocca e faringe (21-29)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Altri interventi sul naso	2161	Turbinectomia mediante diatermia o criochirurgia	I
	2162	Frattura dei turbinati	
	2169	Altra turbinectomia	
Interventi sui seni nasali e mascellari	222	Antrotomia intranasale	III
	2231	Antrotomia mascellare radicale	
	2261	Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc	
	2262	Asportazione di lesione del seno mascellare con altro approccio	
	2263	Etmoidectomia	
2264	Sfenoidectomia		
Altri interventi su gengive	242	Gengivoplastica	I
Glossectomia \glossoplastica	251	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto della lingua	II
	252	Glossectomia parziale	
	2559	Altri interventi di riparazione e plastica sulla lingua	
	259	Altri interventi sulla lingua	
Interventi sulle ghiandole salivari	2629	Altra asportazione di lesione di ghiandola salivare	II
	2630	Scialoadenectomia, SAI	
	2631	Scialoadenectomia parziale	
	2632	Scialoadenectomia completa	
	2699	Altri interventi su ghiandole o dotti salivari	
Drenaggio della faccia e del pavimento della bocca	270	Drenaggio della faccia e del pavimento della bocca	I
Interventi di sutura o incisione sulle strutture del cavo orale	2761	Sutura di lacerazione del palato	I
	2791	Frenulotomia labiale	
Interventi sul palato\altri interventi sulla bocca	2731	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del palato osseo	II
	2742	Ampia asportazione di lesione del labbro	
	2743	Altra asportazione di lesione o tessuto del labbro	
	2749	Altra asportazione della bocca	
	2759	Altra riparazione plastica della bocca	
Interventi sull'ugola	2779	Altri interventi sull'ugola	I
Altri interventi su tonsille ed adenoidi	280	Incisione e drenaggio di strutture tonsillari e peritonsillari	I
Tonsillectomie ed adenoidectomie	282	Tonsillectomia senza adenoidectomia	II
	283	Tonsillectomia con adenoidectomia	
	286	Adenoidectomia senza tonsillectomia	
Interventi sul faringe	292	Asportazione di cisti o vestigia della fessura branchiale	IV
	2939	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe	

Interventi sul sistema respiratorio (30-34)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazioni di lesioni della laringe, laringectomie parziali	3009	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe	III
	3029	Altra laringectomia parziale	
Asportazione di cisti laringea \lisi di aderenze della trachea o laringe	3001	Marsupializzazione di cisti laringea	III
	3192	Lisi di aderenze della trachea o della laringe	
Cordectomie, epiglottidectomie	3021	Epiglottidectomia	III
	3022	Cordectomia	
Laringectomia totale	303	Laringectomia completa	V
	304	Laringectomia radicale	
Tracheostomia	311	Tracheostomia temporanea	II
	3121	Tracheostomia mediastinica	
	3129	Altra tracheostomia permanente	

Interventi sul sistema respiratorio (30-34)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazione/demolizione di lesione tracheale	315	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea	V
Laringorrafia	3161	Sutura di lacerazione della laringe	II
	3169	Altra riparazione della laringe	
Tracheorrafia / chiusura di tracheostoma / plastiche tracheali	3171	Sutura di lacerazione della trachea	II
	3172	Chiusura di fistola esterna della trachea	
	3173	Chiusura di altra fistola della trachea	
	3179	Altri interventi di riparazione e di plastica sulla trachea	
	3199	Altri interventi sulla trachea	
Resezione del nervo laringeo, fistolizzazione tracheoesofagea, altri interventi sulla laringe	3191	Resezione del nervo laringeo	III
	3195	Fistolizzazione tracheoesofagea	
	3198	Altri interventi sulla laringe	
Sostituzione di stent laringeo o tracheale	3193	Sostituzione di stent laringeo o tracheale	III
Plicatura di bolle enfisematose	3221	Plicatura di bolle enfisematose	III
Resezioni del polmone e asportazione di lesione dei bronchi o dei polmoni	3209	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dei bronchi	V
	3229	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del polmone	
	323	Resezione segmentale del polmone	
Lobectomia polmonare	324	Lobectomia del polmone	V
Pneumonectomia	325	Pneumonectomia completa	V
	329	Altra asportazione del polmone	
Asportazione e demolizione endoscopica bronchiale o polmonare	3201	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi	I
	3228	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto del polmone	
Collassamento chirurgico del polmone	3339	Altro collassamento chirurgico del polmone	I
Toracoplastica	3334	Toracoplastica	III
Riparazione e plastica bronchiale	3348	Altri interventi di riparazione e plastica sui bronchi	IV
	3398	Altri interventi sui bronchi	
Trapianto di polmone	335	Trapianto di polmone	VII
Trapianto del blocco cuore polmone	336	Trapianto combinato cuore-polmone	VII
Toracotomia	3402	Toracotomia esplorativa	III
	3409	Altra incisione della pleura	
Incisione/asportazione del mediastino	343	Asportazione o demolizione di lesione e tessuto del mediastino	V
Toracectomia	344	Asportazione o demolizione di lesione della parete toracica	III
Riparazione o plastica di parete toracica	3451	Decorticazione del polmone	III
	3459	Altra asportazione della pleura	
	3471	Sutura di lacerazione della parete toracica	
	3473	Chiusura di altra fistola del torace	
	3479	Altra riparazione della parete toracica	
	3499	Altri interventi sul torace	
Riparazione del diaframma	3481	Asportazione di lesione o tessuto del diaframma	V
	3483	Chiusura di fistola del diaframma	
	3485	Impianto di pace-maker nel diaframma	
	3489	Altri interventi sul diaframma	
Toracentesi	3491	Toracentesi	I
Interventi sul sistema cardiovascolare (35-39)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Valvulotomia a cuore chiuso	350	Valvulotomia a cuore chiuso	V

Interventi sul sistema cardiovascolare (35-39)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Valvuloplastica a cuore aperto, sostituzione di valvola cardiaca	3510	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata	VI
	3512	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione	
	3520	Sostituzione di valvola cardiaca non specificata	
	3521	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	
	3522	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi	
	3523	Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi	
	3524	Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi	
	353	Interventi su strutture adiacenti le valvole cardiache	
Altri interventi su valvole e setti del cuore	3596	Valvuloplastica percutanea	VI
Angioplastica coronarica e/o aterectomia coronarica singola e/o multipla con o senza stent	3602	Angioplastica coronarica percutanea transluminale di vaso singolo [PTCA] o aterectomia coronarica con menzione di agente trombolitico	III
	3605	Angioplastica coronarica percutanea transluminale su vaso multiplo [PTCA] o aterectomia coronarica eseguita durante lo stesso intervento, con o senza menzione di agente trombolitico	
	3606	Inserzione di stent nell'arteria coronarica	
Bypass aortocoronarico di una arteria coronarica, rivascolarizzazione cardiaca, altri interventi sui vasi del cuore	3610	Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, SAI	V
	3611	Bypass aortocoronarico di una arteria coronarica	
	3619	Altro bypass per rivascolarizzazione cardiaca	
	369	Altri interventi sui vasi del cuore	
Bypass aortocoronarico di più arterie coronariche	3612	Bypass aortocoronarico di due arterie coronariche	VI
	3613	Bypass aortocoronarico di tre arterie coronariche	
	3614	Bypass aortocoronarico di quattro o più arterie coronariche	
	3615	Bypass singolo mammaria interna-arteria coronarica	
	3616	Bypass doppio mammaria interna-arteria coronarica	
Pericardiocentesi	370	Pericardiocentesi	I
Cardiotomia e pericardiotomia	3711	Cardiotomia	II
	3712	Pericardiotomia	
	3731	Pericardiectomia	
Pericardiectomia ed escissione di lesione del cuore	3734	Asportazione mediante catetere di lesione o tessuto del cuore	V
	374	Riparazione del cuore e pericardio	
Trapianto di cuore	375	Trapianto di cuore	VII
Impianto / sostituzione di sistemi di circolazione assistita	3762	Impianto di altri sistemi di circolazione assistita	V
	3763	Sostituzione e riparazione di sistemi di circolazione assistita	
Inserzione di pace-maker temporaneo e/o permanente, iniziale o di sostituzione	3771	Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo	III
	3772	Inserzione iniziale di elettrodi transvenosi nell'atrio o nel ventricolo	
	3778	Inserzione di pace-maker transvenoso temporaneo	
	3779	Revisione o riposizionamento di tasca di pace-maker	
	3780	Inserzione di pace-maker permanente, iniziale o sostituzione, tipo di strumento non specificato	
	3781	Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, non specificato come frequenza di risposta	
	3782	Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta	
	3783	Inserzione iniziale di apparecchio a camera doppia, apparecchio sequenziale atrio-ventricolo	
	3785	Sostituzione di un qualsiasi pace-maker con apparecchio a camera singola non specificato come frequenza di risposta	
	3786	Sostituzione di qualsiasi pace-maker con apparecchio a camera singola, frequenza di risposta	
3787	Sostituzione di qualsiasi pace-maker con camera doppia		

Interventi sul sistema cardiovascolare (35-39)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Impianto o sostituzione di defibrillatore	3794	Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale [AICD]	III
	3798	Sostituzione del solo generatore di impulsi del defibrillatore automatico	
Incisione o resezione di vasi degli arti e del capo e del collo	3802	Incisione di altri vasi del capo e del collo	V
	3803	Incisione di altri vasi dell'arto superiore	
	3808	Incisione di arterie dell'arto inferiore	
	3809	Incisione di vene dell'arto inferiore	
Incisione o resezione di vasi degli arti e del capo e del collo	3832	Resezione di altri vasi del capo e collo con anastomosi	V
	3833	Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi	
	3838	Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi	
	3842	Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione	
	3843	Resezione di vasi dell'arto superiore con sostituzione	
	3848	Resezione di arterie dell'arto inferiore con sostituzione	
Incisione \resezione di vasi intracranici	3801	Incisione di vasi intracranici	VI
	3831	Resezione di vasi intracranici con anastomosi	
	3841	Resezione di vasi intracranici con sostituzione	
Incisione \resezione di aorta o vasi toracici e addominali	3804	Incisione dell'aorta	VI
	3805	Incisione di altri vasi toracici	
	3806	Incisione di arterie addominali	
	3807	Incisione di vene addominali	
	3844	Resezione dell'aorta, addominale con sostituzione	
	3845	Resezione di altri vasi toracici con sostituzione	
Endoarteriectomia	3812	Endoarteriectomia di altri vasi del capo e del collo	IV
	3818	Endoarteriectomia delle arterie dell'arto inferiore	
Legatura e stripping di vene varicose	3850	Legatura e stripping di vene varicose, sede non specificata	II
	3859	Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore	
Legatura di vene varicose Intracraniche	3851	Legatura di vene varicose intracraniche	III
Legatura di vene varicose toraciche e addominali	3855	Legatura di vene varicose toraciche	III
	3857	Legatura di vene varicose addominali	
Asportazione di arterie e/o vene su collo o arti	3862	Altra asportazione di altri vasi del capo e del collo	III
	3869	Altra asportazione di vene dell'arto inferiore	
Asportazione di arterie e/o vene su toracici e addominali	3864	Altra asportazione dell'aorta, addominale	VI
	3865	Altra asportazione di altri vasi toracici	
Occlusione chirurgica di arterie e/o vene intracraniche o del collo o del torace o dell'addome o degli arti	387	Interruzione della vena cava	III
	388	Altra occlusione chirurgica di vasi	
Anastomosi o by-pass vascolari non coronarici	390	Anastomosi arterioso sistemico polmonare	IV
	391	Anastomosi venosa intraaddominale	
	3925	Bypass aorto-iliaco-femorale	
	3929	Altri anastomosi o bypass vascolari (periferici)	
By pass vascolare extra-intracranico	3928	Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)	V
Sutura di vasi e/o arterie, rimozione o revisione di anastomosi artero-venose	3927	Arteriovenostomia per dialisi renale	I
	3931	Sutura di arteria	
	3932	Sutura di vena	
	3942	Revisione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale	
	3943	Rimozione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale	
	3949	Altra revisione di interventi vascolari	
Angioplastica o aterectomia di vaso non coronarico	3950	Angioplastica o aterectomia di vaso non coronarico	IV

Interventi sul sistema cardiovascolare (35-39)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Intervento di dissezione dell'aorta	3954	Intervento di dissezione dell'aorta	VI
Riparazione di vaso sanguigno con patch qualsiasi tipo	3951	Clipping di aneurismi	II
	3952	Altra riparazione di aneurismi	
	3953	Riparazione di fistola arteriovenosa	
	3957	Riparazione di vaso sanguigno con patch sintetico	
By-pass cardiopolmonare percutaneo e ECMO	3959	Altra riparazione di vasi	V
	3965	Ossigenazione extracorporea delle membrane [ECMO]	
	3966	Bypass cardiopolmonare percutaneo	
Interventi sul glomo carotideo e altri glomi vascolari	398	Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari	III
Inserzione di stent su arteria non coronaria	3990	Inserzione di stent su arteria non coronaria	III
Inserzione e/o sostituzione di cannule intervassali o sbrigliamento di vasi	3991	Sbrigliamento dei vasi	I
Altri interventi sui vasi	3999	Altri interventi sui vasi	I
Interventi sul sistema ematico e linfatico (40-41)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Linfoadenectomia sede non descritta	400	Incisione di strutture linfatiche	I
	4029	Asportazione semplice di altre strutture linfatiche	
	403	Asportazione di linfonodi regionali	
	4059	Asportazione radicale di altri linfonodi	
	409	Altri interventi sulle strutture linfatiche	
Linfoadenectomia latero-cervicale o sovraclaveare monolaterale	4021	Asportazione di linfonodi cervicali profondi	III
	4041	Dissezione radicale del collo, monolaterale	
Linfoadenectomia sovraclaveare bilaterale	4042	Dissezione radicale del collo, bilaterale	II
Linfoadenectomia mammaria interna	4022	Asportazione di linfonodi mammari interni	III
Linfoadenectomia ascellare	4023	Asportazione di linfonodi ascellari	III
	4051	Asportazione radicale dei linfonodi ascellari	
Linfoadenectomia inguinale	4024	Asportazione di linfonodi inguinali	II
	4054	Dissezione radicale della regione inguinale	
Linfoadenectomia lombo aortica pelvica	4052	Asportazione radicale dei linfonodi periaortici	III
	4053	Asportazione radicale dei linfonodi iliaci	
Interventi sul dotto toracico	4069	Altri interventi sul dotto toracico	III
Trapianto di midollo osseo	4101	Trapianto di midollo osseo autologo	III
	4103	Trapianto di midollo osseo allogenico senza purging	
	4104	Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche	
Interventi chirurgici sulla milza	412	Splenotomia	IV
	4143	Splenectomia parziale	
	415	Splenectomia totale	
	4199	Altri interventi sulla milza	
Interventi sull'apparato digerente (42-54)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Esofagostomia	420	Esofagotomia	VI
	421	Esofagostomia	
Asportazione locale di lesione o tessuto dell'esofago (escluso endoscopiche)	423	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'esofago	IV
Asportazione endoscopica o demolizione di lesione o tessuto esofageo	4233	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo	I
Esofagectomia totale	4242	Esofagectomia totale	VII
	4240	Esofagectomia, SAI	
	4241	Esofagectomia parziale	
	425	Anastomosi intratoracica dell'esofago	

Interventi sull'apparato digerente (42-54)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
	426	Anastomosi presterneale dell'esofago	VII
	427	Esofagomiectomia	
	428	Altra riparazione dell'esofago	
Legatura di varici esofagee e/o dilatazione esofago	4291	Legatura di varici esofagee	I
	4292	Dilatazione dell'esofago	
Gastrotomia e Gastrostomia percutanea	430	Gastrotomia	II
	4311	Gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG]	
Asportazione/demolizione di tessuto dello stomaco	434	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dello stomaco	V
Gastrectomia parziale	437	Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale	VI
	4381	Gastrectomia parziale con trasposizione digiunale	
	4389	Altra gastrectomia parziale	
Gastrectomia totale	4391	Gastrectomia totale con interposizione intestinale	VI
	4399	Altra gastrectomia totale	
Vagotomia (qualsiasi metodica)	440	Vagotomia	IV
Piloroplastica e/o dilatazione del piloro	442	Piloroplastica	IV
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	4439	Altra gastroenterostomia senza gastrectomia	IV
	4441	Sutura di ulcera gastrica	
	4442	Sutura di ulcera duodenale	
Controllo endoscopico di sanguinamento gastrico o duodenale	4443	Controllo endoscopico di sanguinamento gastrico o duodenale	I
Gastroplastica	4465	Esofagogastroplastica	V
	4466	Altri interventi per la creazione di sfintere esofagogastrico	
Inserzione/rimozione di bolla gastrica (palloncino)	4493	Inserzione di bolla gastrica (palloncino)	III
	4494	Rimozione di bolla gastrica (palloncino)	
Incisione dell'intestino	4500	Incisione dell'intestino, SAI	I
Asportazione o demolizione endoscopica dell'intestino tenue o del crasso	4542	Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso	I
	4543	Demolizione endoscopica di altra lesione o tessuto dell'intestino crasso	
Asportazione o demolizione locale dell'intestino tenue	4531	Asportazione locale di lesione del duodeno	IV
	4562	Altra resezione parziale dell'intestino tenue	
Asportazione o demolizione locale dell'intestino crasso/isolamento di segmento intestinale	454	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'intestino crasso	V
	455	Isolamento di segmento intestinale	
Resezione segmentaria multipla dell'intestino tenue e rimozione totale dell'intestino tenue	4561	Resezione segmentaria multipla dell'intestino tenue	IV
	4563	Rimozione totale dell'intestino tenue	
Emicolectomia/ colectomia o colectomie segmentarie	4572	Resezione del cieco	VI
	4573	Emicolectomia destra	
	4574	Resezione del colon trasverso	
	4576	Sigmoidectomia	
	4579	Altra asportazione parziale dell'intestino crasso	
	458	Colectomia totale intraaddominale	
Anastomosi e/o esterizzazioni intestinali	4591	Anastomosi intestinale tenue-tenue	III
	4593	Altra anastomosi intestinale tenue-crasso	
	4594	Anastomosi intestinale crasso-crasso	
	460	Esterizzazione dell'intestino	
Colostomia e/o ileostomia	4610	Colostomia, SAI	III
	4611	Colostomia temporanea	
	4613	Colostomia permanente	
	462	Ileostomia	
	463	Altra enterostomia	

Interventi sull'apparato digerente (42-54)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Revisione di orifizio intestinale artificiale, fissazione di intestino alla parete addominale, altri interventi sull'intestino	464	Revisione di orifizio intestinale artificiale	IV
	4651	Chiusura di orifizio artificiale dell'intestino tenue	
	4652	Chiusura di orifizio artificiale dell'intestino crasso	
	466	Fissazione dell'intestino	
	467	Altra riparazione dell'intestino	
	4685	Dilatazione dell'intestino	
	469	Altri interventi sull'intestino	
Appendicectomia e/o interventi sull'appendice	4701	Appendectomia laparoscopica	III
	4709	Altra appendicectomia	
	4799	Altri interventi sull'appendice	
Proctotomia	480	Proctotomia	I
Asportazione locale di lesione o tessuto del retto, polipectomia endoscopica	4835	Asportazione locale di lesione o tessuto del retto	I
	4836	Polipectomia [endoscopica] del retto	
Resezioni del retto	484	Resezione del retto con pull-through	VI
	485	Resezione del retto per via addominoperineale	
	4862	Resezione anteriore del retto con contemporanea colestomia	
	4863	Altra resezione anteriore del retto	
	4869	Altra resezione del retto	
Riparazione del retto e/o proctopessi	4874	Retto-rettostomia	III
	4876	Altra proctopessi	
	4879	Altra riparazione del retto	
	488	Incisione ed asportazione di lesione o tessuto perirettale	
	489	Altri interventi sul retto e sui tessuti perirettali	
Incisione di ascesso, fistola perianale	4901	Incisione di ascesso perianale	II
	4904	Altra asportazione di tessuti perianali	
	4911	Fistulotomia anale	
	4912	Fistulectomia anale	
Asportazione endoscopica o demolizione di lesione o tessuto dell'ano	4939	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'ano	I
Interventi su emorroidi	4945	Legatura delle emorroidi	II
	4946	Asportazione delle emorroidi	
	4947	Rimozione di emorroidi trombizzate	
	4949	Altri interventi sulle emorroidi	
Sfinterotomia anale, riparazione dell'ano, riduzione prolasso anale	495	Sfinterotomia	II
	496	Asportazione dell'ano	
	497	Riparazione dell'ano	
	4994	Riduzione di prolasso anale	
Epatectomia parziale e/o lobectomia del fegato	5022	Epatectomia parziale	IV
	5029	Altra demolizione di lesione del fegato	
	503	Lobectomia del fegato	
Trapianto di fegato	5059	Altro trapianto del fegato	VII
Riparazione di fegato	506	Riparazione del fegato	IV
	5091	Aspirazione percutanea del fegato	
	5099	Altri interventi sul fegato	
Colecistotomia e colecistostomia	510	Colecistotomia e colecistostomia	IV
Colecistectomia (compresa colangiografia intraoperatoria)	5122	Colecistectomia	III
	5123	Colecistectomia laparoscopica	
Anastomosi della colecisti o del dotto biliare	5131	Anastomosi fra colecisti e dotti epatici	V
	5137	Anastomosi fra dotto epatico e intestino	
	5139	Altra anastomosi del dotto biliare	

Interventi sull'apparato digerente (42-54)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Incisione del dotto biliare, del tratto biliare e sulle vie biliari	514	Incisione del dotto biliare per rimozione di occlusione	II
	515	Altra incisione del dotto biliare	
	517	Riparazioni dei dotti biliari	
	5188	Rimozione endoscopica di calcoli dal tratto biliare	
	5198	Altri interventi percutanei sul tratto biliare	
	5199	Altri interventi sulle vie biliari	
Interventi su cisti pancreatiche ed altri interventi sul pancreas	522	Asportazione o demolizione locale del pancreas e del dotto pancreatico	IV
	523	Marsupializzazione di cisti pancreatiche	
	524	Drenaggio interno di cisti pancreatiche	
Pancreatectomia parziale o totale (compresa linfadenectomia)	5251	Pancreatectomia prossimale	VI
Trapianto di pancreas	5280	Trapianto del pancreas, SAI	VII
	5283	Trapianto eterologo di pancreas	
Ernia della parete addominale (inguinale, crurale ecc.) monolaterale	5300	Riparazione monolaterale di ernia inguinale, SAI	III
	5301	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta	
	5302	Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta	
	5303	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta con innesto o protesi	
	5304	Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi	
Ernia della parete addominale (inguinale, crurale ecc.) monolaterale	5305	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, SAI	III
	5321	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi	
	5329	Altra erniorrafia crurale monolaterale	
	5341	Riparazione di ernia ombelicale con protesi	
	5349	Altra erniorrafia ombelicale	
	5359	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore	
	5369	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore con protesi	
Ernia della parete addominale (inguinale, crurale ecc.) bilaterale	5310	Riparazione bilaterale di ernia inguinale, SAI	IV
	5312	Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta	
	5314	Riparazione bilaterale di ernia inguinale diretta con innesto o protesi	
	5315	Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi	
	5316	Riparazione bilaterale di ernia inguinale una diretta e una indiretta, con innesto o protesi	
	5317	Riparazione bilaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, SAI	
	533	Riparazione bilaterale di ernia crurale	
Riparazione di ernia su incisione (laparocèle)	5351	Riparazione di ernia su incisione	III
	5361	Riparazione di ernia su incisione con protesi	
Riparazione di ernia diaframmatica, altra riparazione di ernia, incisione della parete addominale	537	Riparazione di ernia diaframmatica, per via addominale	IV
	538	Riparazione di ernia diaframmatica, per via toracica	
	539	Altra riparazione di ernia	
Laparotomia	5411	Laparotomia esplorativa	II
	5412	Riapertura di laparotomia recente	
	5419	Altra laparotomia	
	540	Incisione della parete addominale	II
	543	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto di parete addominale o dell'ombelico	
	544	Asportazione o demolizione di tessuto peritoneale	
	5451	Lisi laparoscopica di adesioni peritoneali	

Interventi sull'apparato digerente (42-54)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Lisi di aderenze peritoneali, riparazione parete addominale, dialisi peritoneale	5459	Altre lisi di adesioni peritoneali	II
	5461	Risutura di diastasi postoperatoria della parete addominale	
	5472	Altra riparazione della parete addominale	
	5493	Creazione di fistola cutaneoperitoneale	
	5498	Dialisi peritoneale	
Interventi sull'apparato urinario (55-59)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Nefrotomie e/o nefrostomia	5501	Nefrotomia	III
	5502	Nefrostomia chirurgica	
Nefrostomia percutanea	5503	Nefrostomia percutanea senza frammentazione	II
	5504	Nefrostomia percutanea con frammentazione	
Pielectomia o pielolitomia	5511	Pielectomia o pielolitomia	III
Nefrectomia parziale	5539	Altra asportazione di lesione di parenchima renale	V
	554	Nefrectomia parziale (senza ureterectomia)	
Nefrectomia totale	5551	Nefroureterectomia	VI
Trapianto renale	5569	Eterotrapianto (indipendentemente da cadavere o vivente)	VII
Riparazione e/o chiusura di fistola/stomia renale	557	Nefropessia	IV
	5587	Pieloplastiche	
	5591	Decapsulazione renale	
Aspirazione renale, sostituzione di drenaggio nefrostomico	5592	Aspirazione percutanea renale	I
	5593	Sostituzione di drenaggio nefrostomico	
Estrazione endoscopica, dall'uretere e pelvi renale papillotomia o meatotomia, ureterotomia endoscopica	560	Estrazione endoscopica dall'uretere e pelvi renale di: coagulo di sangue, calcolo, corpo estraneo	I
	561	Papillotomia o meatotomia ureterale (endoscopica e non)	
	5681	Ureterotomia endoscopica	
Ureterectomia	564	Ureterectomia	IV
Ureterostomia	565	Uretero-ileostomia cutanea	V
	566	Altre derivazioni urinarie	
	5674	Uretero-neocistostomia diretta, con plastica antireflusso o con flap vescicale	
	5679	Altra anastomosi o bypass dell'uretere	
Ureterotomia, riparazione di lesioni ureterali	562	Ureterotomia	II
	5689	Altra riparazione dell'uretere	
Impianto o sostituzione di stimolatore ureterale, altri interventi sull'uretere	5692	Impianto di stimolatore ureterale	II
	5699	Altri interventi sull'uretere	
Cistotomia, cistostomia, vescicostomia	5717	Cistostomia percutanea	I
	5719	Altra cistotomia	
	572	Vescicostomia	
Resezione vescicale transuretrale	574	Asportazione o demolizione transuretrale di tessuto vescicale	III
Cistectomia parziale o radicale	576	Cistectomia parziale	VI
	5771	Cistectomia radicale	
Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale	5784	Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale	V
Ricostruzioni e plastiche vescicali	5788	Altre ricostruzioni vescicali	IV
	5789	Altra chirurgia plastica vescicale Sospensione vescicale non classificata altrove	

Interventi sull'apparato urinario (55-59)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Sfinterotomia vescicale e altri interventi vescicali	5791	Sfinterotomia vescicale	II
	5799	Altri interventi sulla vescica	
Impianto e rimozione di stimolatore vescicale	5796	Impianto di stimolatore vescicale elettrico	III
Uretrotomia, meatotomia, uretrotomia endoscopica	580	Uretrotomia	I
	581	Meatotomia uretrale	
	585	Uretrotomia endoscopica	
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dell'uretra	5831	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra	I
	5839	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra	
Riparazione di tessuto uretrale dell'uretra	5846	Altre ricostruzioni uretrali	IV
	5847	Meatoplastica uretrale	
	5849	Altra riparazione uretrale	
	586	Dilatazione uretrale	
Impianto o riposizionamento di protesi sfinteriali	5893	Impianto o riposizionamento di protesi sfinteriali	III
Interventi sul retroperitoneo e/o lisi di aderenze periviscerali	590	Interventi sul retroperitoneo	III
	591	Interventi sul tessuto perivescicale	
Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria o colposospensione	593	Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria	III
	594	Sospensione uretrale sovrapubica con sling	
	595	Sospensione uretrale retropubica (Marshall)	
	596	Colposospensione parauretrale	
	5972	Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale	
	5979	Altra riparazione per incontinenza urinaria da stress	
Riposizionamento chirurgico di drenaggio ureterostomico, pig-tail	5993	Riposizionamento chirurgico di drenaggio ureterostomico, pig-tail	I
Litotrissia	5995	Litotrissia con ultrasuoni o elettroidraulica	IV

Interventi sugli organi genitali maschili (60-64)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Prostatectomia transuretrale	6021	Prostatectomia transuretrale guidata (con ultrasuoni) mediante laser (TULIP)	IV
	6029	Altra prostatectomia transuretrale	
Adenomectomia prostatica, (eccetto endoscopica)	603	Adenomectomia transvescicale	IV
	604	Adenomectomia retropubica	
Prostatectomia radicale	605	Prostatectomia radicale	VI
Interventi sulle vescicole seminali	607	Interventi sulle vescicole seminali	II
Altri interventi sulla prostata Drenaggio ascesso prostatico o riparazione prostata	609	Altri interventi sulla prostata	III
Interventi sullo scroto e sulla tunica vaginale, asportazione di idrocele	612	Asportazione di idrocele (della tunica vaginale)	II
	613	Asportazione o demolizione di parte del tessuto scrotale	
	614	Riparazione dello scroto e della tunica vaginale	
	6199	Altri interventi sullo scroto e sulla tunica vaginale	
Orchiectomia mono\bilaterale	622	Asportazione o demolizione di lesione testicolare	II
	623	Orchiectomia monolaterale	
	624	Orchiectomia bilaterale	
Fissazione testicolare	625	Orchiopessi	II
Sutura lacerazione testicolo	6261	Sutura di lacerazione del testicolo	II
Inserimento protesi testicolare	627	Inserzione di protesi testicolare	I
Altri interventi sul testicolo	6291	Aspirazione del testicolo	I
	631	Asportazione di varicocele e idrocele del cordone spermatico	
	632	Asportazione di cisti dell'epididimo o spermatocele	III

Interventi sugli organi genitali maschili (60-64)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Interventi sul cordone spermatico, sull'epididimo e sui dotti deferenti e/o asportazione cisti dell'epididimo	633	Asportazione di altra lesione o tessuto del cordone spermatico ed epididimo	III
	634	Epididimectomia	
	6352	Derotazione del funicolo e del testicolo	
	638	Riparazione dei dotti deferenti e dell'epididimo	
Vasotomia e vasostomia o vasectomia	636	Vasotomia e vasostomia	II
	637	Vasectomia e legatura dei vasi deferenti	
Circoncisione	640	Circoncisione	II
Interventi demolitivi del pene	642	Asportazione o demolizione di lesione del pene	III

Interventi sugli organi genitali femminili (65-71)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Insufflazione e dilatazione delle tube	668	Insufflazione sulle tube	II
	6696	Dilatazione delle tube	
Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto ovarico, compresa ovariectomia e altri interventi sull'ovaio	650	Ovariectomia	IV
	6522	Resezione cuneiforme dell'ovaio	
	6523	Marsupializzazione laparoscopica di cisti ovarica	
	6524	Resezione cuneiforme laparoscopica di cisti ovarica	
	6525	Altra asportazione laparoscopica locale o distruzione dell'ovaio	
	6529	Altra asportazione o demolizione locale dell'ovaio	
	657	Riparazione dell'ovaio	
	6591	Aspirazione dell'ovaio	
Annessiectomia monolaterale	6531	Ovariectomia laparoscopica monolaterale	III
	6539	Altra ovariectomia monolaterale	
Salpingo-annessiectomia monolaterale	6541	Salpingo-ovariectomia laparoscopica monolaterale	III
	6549	Altra salpingo-ovariectomia monolaterale	
Annessiectomia bilaterale	655	Ovariectomia bilaterale	III
Salpingoannessiectomia bilaterale	6561	Altra rimozione di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento	IV
	6563	Rimozione laparoscopica di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento	
Lisi di aderenze salpingo-tubariche\Salpingotomia e salpingostomia	6581	Lisi laparoscopica di aderenze delle ovaie e delle tube	III
	660	Salpingotomia e salpingostomia	
Demolizioni o occlusione bilaterale delle tube, anche per via endoscopica	6621	Legatura e clampaggio endoscopico bilaterale delle tube	III
	6622	Legatura e sezione endoscopica bilaterale delle tube	
	6629	Altra demolizione od occlusione endoscopica bilaterale delle tube	
Salpingectomia e altri interventi delle tube	664	Salpingectomia totale monolaterale	III
	665	Salpingectomia totale bilaterale	
	669	Altri interventi delle tube	
Salpingectomia con rimozione di gravidanza tubarica	6662	Salpingectomia con rimozione di gravidanza tubarica	II
Salpingoplastica	6576	Plastica salpingo-ovarica laparoscopica	III
Dilatazione canale cervicale	670	Dilatazione del canale cervicale	I
Conizzazione cervice uterina	672	Conizzazione della cervice	II
Riparazione e/o demolizione di tessuto e/o demolizione di tessuto cervicale, asportazione della cervice	6739	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice	II
	6761	Sutura di lacerazione della cervice	
	6762	Riparazione di fistola della cervice	
	6732	Demolizione di lesione della cervice mediante cauterizzazione	
	674	Asportazione della cervice	

Interventi sugli organi genitali femminili (65-71)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Cerchiaggio cervicale	675	Riparazione di ostio cervicale interno	I
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto uterino	6821	Divisione di sinechie endometriali	II
	6823	Ablazione dell'endometrio	
	6829	Altra asportazione o demolizione di lesione dell'utero	
	6999	Altri interventi sulla cervice e sull'utero	
Isterectomia addominale subtotale	683	Isterectomia addominale subtotale	III
Isterectomia totale	684	Isterectomia addominale totale	IV
	6851	Isterectomia vaginale assistita laparoscopicamente (LAVH)	
	6859	Altra isterectomia vaginale	
	689	Altra e non specificata isterectomia	
Isterectomia radicale	686	Isterectomia addominale radicale	V
	687	Isterectomia vaginale radicale	
Eviscerazione pelvica	688	Eviscerazione pelvica	VI
Dilatazione /raschiamento uterino	6909	Altra dilatazione o raschiamento dell'utero	II
	691	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dell'utero e delle strutture di sostegno	
	6959	Altra raschiamento dell'utero mediante aspirazione	
Riparazione dell'utero e/o delle strutture di sostegno dell'utero	692	Riparazione delle strutture di sostegno dell'utero	III
	693	Denervazione uterina paracervicale	
	694	Riparazione uterina	
Rimozione dalla cervice di corpo estraneo	6997	Rimozione dalla cervice di corpo estraneo	II
Incisione vagina e cul-de-sac	700	Culdcentesesi	II
	701	Incisione della vagina e del cul-de-sac	
Asportazione o demolizione locale della vagina e del cul-de-sac	7032	Asportazione o demolizione di lesione del cul de sac	V
	7033	Asportazione o demolizione di lesione della vagina	
Obliterazione ed asportazione totale della vagina	704	Obliterazione ed asportazione totale della vagina	VI
Riparazione di cistocele e rettocele	7050	Riparazione di cistocele e rettocele	II
	7051	Riparazione di cistocele	
	7052	Riparazione di rettocele	
Ricostruzione e riparazione della vagina e del cul-de-sac	7062	Ricostruzione della vagina	IV
	7071	Sutura di lacerazione della vagina	
	7077	Sospensione e fissazione della vagina	
Asportazione o altra demolizione della ghiandola del Bartolino	7079	Altra riparazione della vagina	II
	7122	Incisione di cisti della ghiandola del Bartolino	
	7123	Marsupializzazione di cisti della ghiandola del Bartolino	
Vulvectomy	7124	Asportazione o altra demolizione di cisti della ghiandola del Bartolino	III
	715	Vulvectomy radicale	
	7161	Vulvectomy monolaterale	
	7162	Vulvectomy bilaterale	

Interventi sull'apparato muscolo scheletrico (76-84)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Mandibolectomie, innesti ossei facciale	7631	Mandibolectomia parziale	VI
	7641	Mandibolectomia totale con ricostruzione contemporanea	
	7691	Innesto osseo su ossa facciali	
	7609	Altra incisione di osso facciale	IIIIII
	762	Asportazione o demolizione locale di lesione delle ossa facciali	
	7639	Osteotomia parziale di altre ossa della faccia	
	7662	Osteoplastica aperta [osteotomia] del ramo ascendente della mandibola	

Interventi sull'apparato muscolo scheletrico (76-84)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Altri interventi sulle ossa e sulle articolazioni della faccia	7665	Osteoplastica segmentaria [osteotomia] della mascella	II
	7666	Osteoplastica totale [osteotomia] della mascella	
	7672	Riduzione aperta di frattura zigomatica e malare	
	7676	Riduzione aperta di frattura mandibolare	
	7679	Altra riduzione aperta di frattura facciale	
	7699	Altri interventi sulle ossa e articolazioni facciali	
Altre incisioni di ossa, resezioni ossee cuneiformi, asportazioni locali di ossa	771	Altra incisione dell'osso, osteotomia	III
	7721	Resezione cuneiforme della scapola, clavicola e torace (coste e sterno)	
	7723	Resezione cuneiforme del radio e dell'ulna	
	7727	Resezione cuneiforme della tibia e fibula	
	7728	Resezione cuneiforme del tarso e metatarso	
	7737	Altra sezione della tibia e fibula	
	7738	Altra sezione del tarso e metatarso	
Altre incisioni di ossa, resezioni ossee cuneiformi, asportazioni locali di ossa	7760	Asportazione locale di lesione o tessuto osseo, sede non specificata	III
	7761	Asportazione locale di lesione o tessuto della scapola, clavicola e torace (coste e sterno)	
	7764	Asportazione locale di lesione o tessuto di carpo e metacarpo	
	7765	Asportazione locale di lesione o tessuto del femore	
	7767	Asportazione locale di lesione o tessuto di tibia e fibula	
	7768	Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso	
	7769	Asportazione locale di lesione o tessuto di altre ossa, escluse quelle facciali	
	7779	Prelievo di altre ossa per innesto	
Sequestrectomie, ostectomie	770	Sequestrectomia	IV
	779	Ostectomia totale	
Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed osteotomia del primo metatarso (alluce valgo)	7751	Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed osteotomia del primo metatarso	III
	7753	Altra asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli	
	7754	Asportazione o correzione di borsite	
	7759	Altra asportazione di borsite	
Innesto osseo (qualsiasi sede)	7800	Innesto osseo, sede non specificata	II
	7802	Innesto osseo dell'omero	
	7805	Innesto osseo del femore	
	7807	Innesto osseo della tibia e fibula	
	7809	Innesto osseo di altre ossa	
Applicazione di fissatore esterno	7812	Applicazione di fissatore esterno dell'omero	I
	7815	Applicazione di fissatore esterno del femore	
	7817	Applicazione di fissatore esterno di tibia e fibula	
	7813	Applicazione di fissatore esterno di radio e ulna	
	7814	Applicazione di fissatore esterno di carpo e metacarpo	
	7819	Applicazione di fissatore esterno di altro osso	
Altri interventi di riparazione o plastica su osso	7841	Altri interventi di riparazione o plastica su scapola, clavicola e torace (coste e sterno)	V
	7845	Altri interventi di riparazione o plastica sul femore	
	7848	Altri interventi di riparazione o plastica su tarso e metatarso	
	7849	Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa	
Fissazione interna senza riduzione di frattura	7858	Fissazione interna di tarso e metatarso senza riduzione di frattura	IV
	7859	Fissazione interna di altro osso, senza riduzione di frattura	
	7911	Riduzione incruenta di frattura dell'omero, con fissazione interna	III

Interventi sull'apparato muscolo scheletrico (76-84)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Riduzione incruenta di frattura con fissatore interno	7912	Riduzione incruenta di frattura di radio e ulna, con fissazione interna	III
	7913	Riduzione incruenta di frattura di carpo e metacarpo, con fissazione interna	
	7914	Riduzione incruenta di frattura delle falangi della mano, con fissazione interna	
	7915	Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna	
	7916	Riduzione incruenta di frattura della tibia e della fibula, con fissazione interna	
	7917	Riduzione incruenta di frattura del tarso e metatarso, con fissazione interna	
	7918	Riduzione incruenta di frattura delle falangi del piede, con fissazione interna	
Riduzione cruenta di frattura e/o fissazione interna grandi segmenti	7926	Riduzione cruenta di frattura della tibia e della fibula senza fissazione interna	IV
	7931	Riduzione cruenta di frattura dell'omero con fissazione interna	
	7934	Riduzione cruenta di frattura delle falangi della mano, con fissazione interna	
	7935	Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna	
	7936	Riduzione cruenta di frattura di tibia e fibula, con fissazione interna	
	7937	Riduzione cruenta di frattura di tarso e metatarso, con fissazione interna	
	7938	Riduzione cruenta di frattura delle falangi del piede, con fissazione interna	
Riduzione cruenta di frattura e/o fissazione interna medi segmenti	7930	Riduzione cruenta di frattura con fissazione interna in sede non specificata	III
	7932	Riduzione cruenta di frattura del radio e dell'ulna, con fissazione interna	
	7933	Riduzione cruenta di frattura del carpo e metacarpo con fissazione interna	
Riduzione cruenta di frattura e/o fissazione interna piccoli segmenti	7959	Riduzione cruenta di epifisiolisi di altro osso specificato	II
Sbrigliamento di frattura esposta, interventi non specificati su lesioni di tibia, fibula, intersomatica per via anterioretarso, metatarso	7996	Interventi non specificati su lesione della tibia e della fibula	I
Riduzione cruenta di lussazione	7981	Riduzione cruenta di lussazione della spalla	V
	7982	Riduzione cruenta di lussazione del gomito	
	7983	Riduzione cruenta di lussazione del polso	
	7987	Riduzione cruenta di lussazione della caviglia	
	7988	Riduzione cruenta di lussazione del piede e delle dita del piede	
Artrotomia anche per rimozione di protesi	8016	Altra artrotomia del ginocchio	II
Artroscopia	8021	Artroscopia della spalla	III
	8023	Artroscopia del polso	
	8026	Artroscopia del ginocchio	
	8027	Artroscopia della caviglia	
Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine, compresa correzione di metatarso varo	8044	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine della mano e delle dita della mano	I
	8046	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del ginocchio	
Asportazione di disco intervertebrale	8050	Asportazione o demolizione di disco intervertebrale, non specificata se con artrodesi	V
	8051	Asportazione di disco intervertebrale	
Chemionucleolisi	8052	Chemionucleolisi intervertebrale	III

Interventi sull'apparato muscolo scheletrico (76-84)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Altra distruzione di disco intervertebrale	8059	Altra distruzione di disco intervertebrale	II
Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio, sinoviectomie del ginocchio, spalla, gomito, polso, caviglia, mano	806	Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio	III
	8076	Sinoviectomia del ginocchio	
	8073	Sinoviectomia del polso	
	8074	Sinoviectomia della mano e delle dita della mano	
	8077	Sinoviectomia della caviglia	
Altre asportazioni o demolizioni locali di lesioni delle articolazioni	8081	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della spalla	IV
	8082	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del gomito	
	8083	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del polso	
	8086	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del ginocchio	
	8096	Altra asportazione dell'articolazione del ginocchio	
Artrodesi dorsali, lombari e sacrali con approccio anteriore	8104	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore	VII
	8106	Artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore	
Altre artrodesi vertebrali	8100	Artrodesi vertebrale, SAI	VI
	8105	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore	
	8107	Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi	
	8108	Artrodesi lombare e lombosacrale, con approccio posteriore	
	8109	Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio	
	8101	Artrodesi atlanto-epistrofea	
	8102	Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore	
	8103	Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore	
Artrodesi (mano, gomito, spalla, anca, ginocchio, caviglia e piede)	811	Artrodesi del piede e della caviglia	III
	812	Artrodesi di altra articolazione	
	8144	Stabilizzazione della rotula	
Riparazione / ricostruzione legamenti ginocchio	8142	Riparazione del ginocchio five-in-on	IV
	8143	Riparazione della triade del ginocchio	
Altra riparazione dei legamenti del ginocchio	8145	Altra riparazione dei legamenti crociati	III
	8146	Altra riparazione dei legamenti collaterali	
Sostituzione e/o revisione di articolazioni (eccetto anca e spalla)	8147	Altra riparazione del ginocchio	V
	8154	Sostituzione totale del ginocchio	
	8155	Revisione di sostituzione del ginocchio	
	8157	Sostituzione dell'articolazione del piede e dell'alluce	
	8159	Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificata altrove	
	8171	Artroplastica della articolazione metacarpofalangea e interfalangea con impianto	
	8172	Artroplastica della articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto	
	8174	Artroplastica della articolazione carpocarpale o carpometacarpale con impianto	
Altri interventi sulle strutture articolari	8175	Artroplastica della articolazione carpocarpale o carpometacarpale senza impianto	III
	8179	Altra riparazione della mano, delle dita e del polso	
	8193	Sutura della capsula o dei legamenti dell'arto superiore	
	8194	Sutura della capsula o del legamento della caviglia e del piede	
Sostituzione totale e revisione di	8196	Altra riparazione articolare	VI
	8199	Altri interventi sulle strutture articolari	
	8151	Sostituzione totale dell'anca	

Interventi sull'apparato muscolo scheletrico (76-84)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
sostituzione dell'anca	8153	Revisione di sostituzione dell'anca	
Sostituzione parziale dell'anca	8152	Sostituzione parziale dell'anca	IV
Sostituzione della spalla (artroprotesi)	8180	Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)	V
Sostituzione parziale della spalla (artroprotesi)	8181	Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)	IV
Artroplastica	8188	Artroplastica e riparazione della spalla	V
Riparazione di lussazione della spalla comprensiva di acromioplastica	8182	Riparazione di lussazione ricorrente della spalla	IV
Altra riparazione spalla	8183	Altra riparazione della spalla	III
Riparazione cuffia dei rotatori	8363	Riparazione della cuffia dei rotatori	IV
Incisione delle fasce tendinee e dei tessuti molli della mano	8201	Esplorazione della fascia tendinea della mano	II
	8209	Altra incisione dei tessuti molli della mano	
Sezione di fascia o tessuto molle della mano	8212	Fasciotomia della mano Sezione di fascia della mano	II
	8219	Altra sezione di tessuto molle della mano	
Tenotomia, riparazione di dito a martello, tenoplastica, lisi di aderenze della mano, fasciotomia	8286	Altra tenoplastica della mano	II
	8291	Lisi di aderenze della mano Liberazione di aderenze di fascia, muscolo, tendine della mano	
	8301	Esplorazione della fascia tendinea	
	8309	Altra incisione dei tessuti molli	
	8311	Tenotomia dell'achilleo	
	8313	Altra tenotomia	
Asportazione di tessuti molli o asportazione /sezione di lesione di muscoli, tendini e fasce della mano	8221	Asportazione di lesione della fascia tendinea della mano	II
	8229	Asportazione di altre lesioni dei tessuti molli della mano	
	8231	Borsectomia della mano	
	8233	Altra tendinectomia della mano	
	8235	Altra fascectomia della mano	
	8239	Altra asportazione dei tessuti molli della mano	
Sutura di muscoli, tendini e fasce della mano	8242	Sutura differita dei tendini flessori della mano	I
	8243	Sutura differita di altri tendini della mano	
	8244	Altra sutura dei tendini flessori della mano	
	8245	Altra sutura di altri tendini della mano	
Trapianto di muscoli e tendini della mano, intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni o intervento di plastica sulla mano con innesto o impianto di muscolo o fascia muscolare. Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice	8256	Altro trasferimento o trapianto di tendini della mano	VI
	8257	Altra trasposizione di tendini della mano	
	8261	Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni	
	8272	Intervento di plastica sulla mano con innesto di muscolo o fascia muscolare	
	8281	Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice	
Altro intervento di plastica sulla mano	8279	Intervento di plastica sulla mano con altro innesto o impianto	II
	8331	Asportazione di lesione delle fasce tendinee	III
	8332	Asportazione di lesione dei muscoli	
	8339	Asportazione di lesione di altri tessuti molli	
	8342	Altra tendinectomia	
	8349	Altra asportazione di tessuti molli	

Interventi sull'apparato muscolo scheletrico (76-84)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazione di lesione dei muscoli, tendini, fasce e borse o sutura di muscoli, tendini, fasce o ricostruzione e/o innesti di muscoli e tendini (esclusa mano)	835	Borsectomia	III
	8362	Sutura differita di tendini	
	8363	Riparazione della cuffia dei rotatori	
	8364	Altra sutura di tendini	
	8365	Altra sutura di muscoli o fasce Riparazione di diastasi dei retti	
	8373	Reinserzione di tendini	
	8375	Trasposizione o trapianto di tendini	
	8385	Altri cambiamenti di lunghezza di muscoli e tendini	
	8386	Plastica del quadricipite	
	8388	Altri interventi di plastica sui tendini	
	8391	Lisi di aderenze di muscoli, tendini, fasce e borse	
8399	Altri interventi su muscoli, tendini, fasce e borse		
Amputazioni e/o disarticolazioni degli arti superiori o inferiori a vari livelli e revisione di moncone	8402	Amputazione e disarticolazione del pollice	V
	8410	Amputazione dell'arto inferiore, SAI	
	8411	Amputazione di dita del piede	
	8412	Amputazione a livello del piede	
	8415	Altra amputazione al di sotto del ginocchio	
	8417	Amputazione al di sopra del ginocchio	
	843	Revisione del moncone di amputazione	
8499	Altri interventi sull'apparato muscoloscheletrico		
Amputazioni e/o disarticolazioni dita mano	8401	Amputazione e disarticolazione di dita della mano	II
Amputazione mano	8403	Amputazione a livello della mano	IV
Disarticolazione polso	8404	Disarticolazione del polso	IV
Reimpianto di arto o parti di esso	8422	Reimpianto di dita della mano	VI
Interventi sui tegumenti (85-86)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazione locale di lesione della mammella, quadrantectomia, mastectomia subtotale	8520	Asportazione o demolizione di tessuto della mammella, SAI	IV
	8521	Asportazione locale di lesione della mammella	
	8522	Quadrantectomia della mammella	
	8523	Mastectomia subtotale	
Mammectomia/mammoplastica riduttiva mono/bilaterale	8531	Mammoplastica riduttiva monolaterale	III
	8532	Mammoplastica riduttiva bilaterale	
	8533	Mammectomia sottocutanea monolaterale con contemporaneo impianto di protesi	
	8534	Altra mammectomia sottocutanea monolaterale	
8536	Altra mammectomia sottocutanea bilaterale		
Mastectomia semplice/radicale mono/bilaterale (compresa linfadenectomia), compresa procedura allargata	854	Mastectomia	V
Impianto di protesi mono/bilaterale, (compresa rimozione espansore tessutale), ricostruzione totale della mammella	8553	Impianto di protesi monolaterale	IV
	8554	Impianto di protesi bilaterale	
	856	Mastopessi	
	857	Ricostruzione totale della mammella	
8587	Altra riparazione o ricostruzione del capezzolo		
Altri interventi sulla mammella	8591	Aspirazione della mammella	III
	8593	Revisione di protesi della mammella	
	8594	Rimozione di protesi della mammella	
	8595	Inserzione di espansore tessutale nella mammella	

Interventi sui tegumenti (85-86)			
Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
	8596	Rimozione di espansore tessutale dalla mammella	
Interventi di incisione e/o asportazione di cute e sottocute	8604	Altra incisione con drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo	I
	8605	Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo	
	8609	Altra incisione della cute e del tessuto sottocutaneo	
	862	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo	
	8699	Altri interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo	
	863	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo	
	864	Asportazione radicale di lesione della cute	
	865	Sutura della cute e del tessuto sottocutaneo	
	8689	Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo	
	8601	Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo	
Inserzione di pompa o dispositivo di accesso vascolare	8606	Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile	II
	8607	Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile	
Asportazione, incisione di cisti o seno pilonidale	8603	Incisione di cisti o seno pilonidale	I
Interventi sull'unghia	8686	Onicoplastica	I
Innesti / Reimpianto di cuoio capelluto	8660	Innesto cutaneo libero, SAI	V
	8663	Innesto di cute a tutto spessore in altra sede	
	8669	Altro innesto di cute su altre sedi	
Allestimento\avanzamento\trasferimento di lembo	867	Impianto di lembi peduncolati	II
Inserzione di espansore tessutale	8693	Inserzione di espansore tessutale	II
Interventi sui tegumenti del viso	8684	Correzione di cicatrice o briglia retrattile della cute	II

SOMMARIO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	1
PARTE COMUNE	1
1. PREMESSA	1
2. DEFINIZIONI	1
3. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	4
Art. 3.1 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia - Mezzi di pagamento del premio	4
Art. 3.2 Durata del contratto e proroga dell'assicurazione	4
Art. 3.3 Assicurazioni presso diversi assicuratori	5
Art. 3.4 Dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato	5
Art. 3.5 Comunicazione tra le Parti	5
Art. 3.6 Obblighi del Contraente - accesso degli Assicurati alle posizioni assicurative sottoscritte	5
Art. 3.7 Recesso in caso di sinistro	5
Art. 3.8 Adeguamento delle somme assicurate e del premio	6
Art. 3.9 Adeguamento del premio in relazione all'età dell'Assicurato	6
Art. 3.10 Dichiarazione di non fumatore	6
Art. 3.11 Persone non assicurabili	6
Art. 3.12 Variazione della residenza	6
Art. 3.13 Rinuncia all'azione di rivalsa	6
Art. 3.14 Oneri	6
Art. 3.15 Controversie - Perizia contrattuale	6
Art. 3.16 Foro competente	6
Art. 3.17 Rinvio alle norme di legge	6
NORME GENERALI	8
4. NORME GENERALI IN CASO DI INFORTUNIO	8
Art. 4.1 Oggetto dell'assicurazione	8
Art. 4.2 Operatività e delimitazione dell'assicurazione	8
Art. 4.3 Esclusioni	9
Art. 4.4 Denuncia dell'infortunio	10
Art. 4.5 Criteri di indennizzabilità	10
5. NORME GENERALI IN CASO DI MALATTIA	14
Art. 5.1 Oggetto dell'Assicurazione	14
Art. 5.2 Operatività dell'Assicurazione	14
Art. 5.3 Termini di aspettativa	14
Art. 5.4 Esclusioni	14
6. NORME GENERALI PER ASSISTENZA	15
Art. 6.1 Modalità per richiesta di assistenza	15
Art. 6.2 Esclusioni	15
Art. 6.3 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative	16
Art. 6.4 Altre assicurazioni Assistenza	16
Art. 6.5 Limite per annualità assicurativa	16
DEDICATO A ME - ASSISTENZA E PREVENZIONE	17
7. ASSISTENZA START	17
Art. 7.1 Prestazioni assistenza START	17
Art. 7.2 Prestazioni di assistenza di Riabilitazione	18
Art. 7.3 Servizi MY CLINIC	18
8. ASSISTENZA FAMIGLIA	19
Art. 8.1 Prestazioni assistenza FAMILY	19

9. ASSISTENZA SPORTIVI	21
Art. 9.1 Prestazioni assistenza SPORT	21
10. ASSISTENZA SENIOR	21
Art. 10.1 Prestazioni assistenza SENIOR	21
11. ASSISTENZA VIAGGIATORI	23
Art. 11.1 Prestazioni assistenza VIAGGIATORI	23
12. ASSISTENZA PROFESSIONISTI E IMPRENDITORI	25
Art. 12.1 Prestazioni di assistenza per PROFESSIONISTI E IMPRENDITORI	25
Art. 12.2 Prestazioni di assistenza per lo STUDIO PROFESSIONALE	26
13. RIMBORSO SPESE PER ALTA DIAGNOSTICA E PROGRAMMA PREVENZIONE SANITARIA	27
Art. 13.1 Rimborso spese per alta diagnostica	27
Art. 13.2 Programma di prevenzione sanitaria	28
IN AUTONOMIA	31
14. GARANZIE	31
Art. 14.1 Invalidità permanente da infortunio	31
Art. 14.2 Rendita vitalizia da infortunio	33
Art. 14.3 Invalidità permanente da malattia	34
Art. 14.4 Invalidità permanente da ictus e infarto	37
Art. 14.5 Rendita vitalizia da malattia	38
IN ATTIVITA'	40
Art. 14.6 Indennità giornaliera per ricovero e per convalescenza da infortunio	40
Art. 14.7 Indennità giornaliera per ricovero e per convalescenza da infortunio, malattia o parto	40
Art. 14.8 Rimborso spese sanitarie da infortunio	41
Art. 14.9 Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento	43
Art. 14.10 Indennizzo forfettario per intervento chirurgico	44
Art. 14.11 Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio	45
Art. 14.12 Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio	46
Art. 14.13 Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio	46
IN CONTINUITA'	47
Art. 14.14 Morte da infortunio	47
TUTELA LEGALE	48
15. PREMESSA	48
16. TUTELA LEGALE BASE	48
Art. 16.1 Oggetto dell'assicurazione	48
Art. 16.2 Ambito dell'assicurazione	48
Art. 16.3 Consulenza legale telefonica	48
Art. 16.4 Assicurato	49
Art. 16.5 Operatività	49
Art. 16.6 Somma assicurata	49
Art. 16.7 Esclusioni	49
Art. 16.8 Insorgenza del sinistro - Operatività della garanzia	50
Art. 16.9 Denuncia del sinistro e scelta del legale	49
Art. 16.10 Gestione del sinistro	50
Art. 16.11 Disaccordo sulla gestione del caso assicurativo - Arbitrato	50
Art. 16.12 Recupero di somme	50
17. TUTELA LEGALE GOLD	51

Art. 17.1 Oggetto dell'assicurazione	51
Art. 17.2 Ambito dell'assicurazione	51
Art. 17.3 Consulenza legale telefonica	51
Art. 17.4 Assicurato	51
Art. 17.5 Operatività	51
Art. 17.6 Somma assicurata	51
Art. 17.7 Esclusioni	51
Art. 17.8 Insorgenza del sinistro - Operatività della garanzia	51
Art. 17.9 Denuncia del sinistro e scelta del legale	51
Art. 17.10 Gestione del sinistro	51
Art. 17.11 Disaccordo sulla gestione del caso assicurativo - Arbitrato	51
Art. 17.12 Recupero di somme	51

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI 55

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

Generali Italia S.p.A - Sede legale: Mogliano Veneto(TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 www.generali.it - Fax: 04142909; email: info.it@generali.com;
C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generalitalia@pec.generaligroup.com.
Società iscritta all'Albo delle imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente
al Gruppo Generali, iscritto al n.026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.