

POLIZZA MALATTIE PER LA PERSONA

RIMBORSO SPESE DI CURA

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) Nota informativa, comprensiva del glossario;
- b) Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa

FONDIARIA - SAI S.p.A.

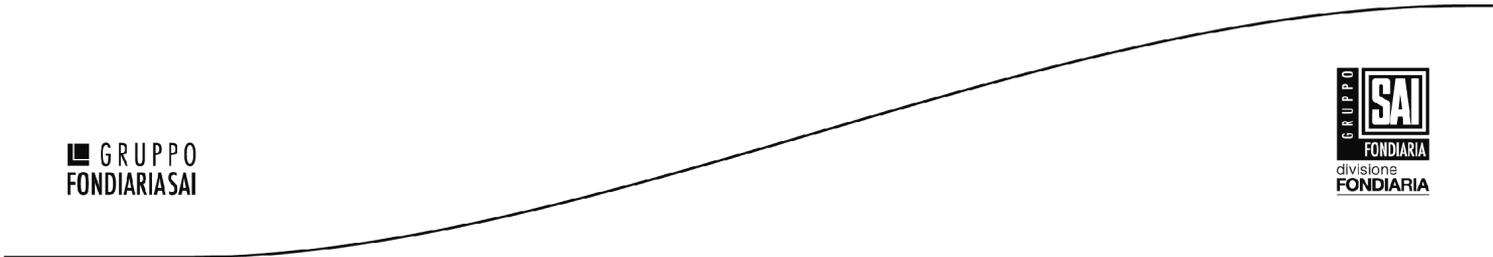
Corso Galileo Galilei, 12 - 10126 Torino - www.fonditaria-sai.it



FONDIARIA - SAI S.p.A. Corso Galileo Galilei, 12 - 10126 Torino - www.fonditaria-sai.it

 **GRUPPO
FONDIARIASAI**


**GRUPPO
FONDIARIA**
divisione
FONDIARIA



NOTA INFORMATIVA
Prodotto Rimborso Spese di Cura - Polizza Malattie per la Persona

(ai sensi dell'articolo 185 del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e del Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010)

*La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.
Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.*

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

FONDIARIA-SAI S.p.A., società per azioni di diritto italiano, è la società capogruppo del Gruppo assicurativo FONDIARIA-SAI (iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 030).
Sede Legale e Direzione in Torino (Italia): 10126 - Corso Galileo Galilei, 12; tel. (+39) 0116657111.

Direzione di Firenze: 50129 - Via Lorenzo il Magnifico, 1; tel. (+39) 05547941.

Sito Internet: www.fondiarria-sai.it.

Email: fondiarria-sai@fondiarria-sai.it

La società è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base al D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984; è iscritta alla sez. I dell'Albo delle imprese di assicurazione presso l'Isvap al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa (dati aggiornati a 04.2011)

In base all'ultimo bilancio approvato il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 1.822.481.345, con capitale sociale pari ad € 167.043.712 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 1.655.437.633.

L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto fra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 209,6%.

Gli eventuali aggiornamenti, non derivanti da innovazioni normative, alle informazioni contenute nella presente Nota sono pubblicati sul sito della società www.fondiarria-sai.it.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

GLOSSARIO

Le definizioni di cui al presente Glossario riprendono quelle contenute nelle condizioni di assicurazione:

Definizioni comuni a tutte le garanzie

Assicurato

Il soggetto cui spettano i diritti derivanti dal contratto.

Cartella Clinica

Documento redatto durante il Ricovero contenente generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti.

Day hospital

La degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per prestazioni chirurgiche e mediche che siano:

- riferite a sole terapie (**con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva**);
- documentazione da Cartella Clinica;
- praticate in ospedale, cliniche o strutture all'uopo autorizzate;
- effettuate con la presenza continua, nella struttura, di un medico.

Documentazione sanitaria

Copia conforme della Cartella Clinica completa e sottoscritta dal Direttore Sanitario, della certificazione medica, delle radiografie, degli esami strumentali e della documentazione di spesa (compresi, per i farmaci, gli specifici tagliandi).

Forma di assicurazione

Definisce l'ambito, le condizioni e i limiti della specifica garanzia prescelta dal Contraente sulla scheda di Polizza.

Franchigia

La parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di Polizza, espressa in importo che rimane a carico dell'Assicurato.

Grandi Interventi Chirurgici

Gli Interventi chirurgici elencati nello specifico Allegato 3 "Elenco Grandi Interventi Chirurgici".

Indennizzo/Rimborso

La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni constatabili.

Intervento chirurgico

L'insieme degli atti operatori (compresa la riduzione di fratture) finalizzati a risolvere una situazione patologica conseguente a Malattia o Infortunio.

Istituto di cura

L'Ospedale pubblico, la Clinica o la Casa di Cura privata (convenzionata o no con il Servizio Sanitario Nazionale) regolarmente autorizzata a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, esclusi, comunque, Stabilimenti termali, Case di Convalescenza e di soggiorno, Istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o dietetici, Case di riposo.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Massimale

L'importo pattuito in Polizza che rappresenta l'esborso massimo della Società per ciascun Infortunio o Malattia, occorso ad ogni singolo Assicurato, ancorché comportante più ricoveri durante la durata convenuta della Polizza.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società, a corrispettivo dell'assicurazione.

Questionario Sanitario

Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato.

Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà, prima di stipulare la Polizza, di cui fa parte integrante.

Ricovero

La degenza, risultante dalla Cartella Clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di Cura.

Rimborso fortetario

La somma riconosciuta all'Assicurato per ogni giorno di Ricovero e di Convalescenza o di Day-hospital che abbia comportato Intervento chirurgico nel caso in cui questi sia ricorso, senza sostenere alcuna spesa ovvero rinunciando al Rimborso dell'eventuale spesa sostenuta, al Servizio Sanitario Nazionale o ad altra struttura mutualistica, o ad altra prestazione assicurativa.

Scoperto

La parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di Polizza, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro**a) Sinistro con Ricovero o con intervento**

Per Sinistro si intende il Ricovero, il Day-hospital, l'Intervento chirurgico senza Ricovero, verificatosi in conseguenza di uno degli interventi previsti dalle prestazioni assicurative.

Per data del Sinistro si intende il primo giorno di Ricovero e del Day-hospital o il giorno dell'Intervento senza Ricovero.

b) Sinistro senza Ricovero o senza intervento: prestazioni per esami diagnostici e/o di laboratorio e/o per visite specialistiche.

Per Sinistro si intende il complesso di esami diagnostici e/o di laboratorio e/o visite specialistiche relativi alla stessa Malattia o Infortunio ai quali l'Assicurato si sottopone nel corso di una annualità assicurativa.

Per data del Sinistro si intende il giorno in cui l'Assicurato si sottopone al primo esame diagnostico o di laboratorio ovvero alla prima visita specialistica (relativi alla Malattia o Infortunio nel corso dell'annualità assicurativa).

Società

L'impresa assicuratrice.

Somme assicurate

Le Somme Assicurate rappresentano il massimo esborso della Società per il Rimborso delle prestazioni garantite, ad ogni persona assicurata e per ogni Ricovero e costituiscono sottolimiti del Massimale.

*Definizioni Servizio Assistenza***PRONTO ASSICURA**

E' il servizio fornito dalla Società avvalendosi della Centrale Operativa di Pronto Assistance Servizi S.c.a.r.l.

Centrale Operativa

E' la Struttura di Pronto Assistance Servizi S.c.a.r.l., . Via Carlo Marengo, 25 TORINO, costituita da medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, 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, con costi a carico della Società stessa, le Prestazioni di assistenza previste in Polizza.

Prestazioni

Le assistenze prestate dalla Centrale Operativa dell'Assicurato.

Sinistro

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

Il contratto viene offerto senza tacito rinnovo annuale.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto offre una copertura sanitaria per il rimborso delle spese sostenute per prestazioni mediche e di degenza dovute dall'Assicurato in caso di ricovero per Malattia o Infortunio, aborto spontaneo o terapeutico, parto, fisiologico o con taglio cesareo, e relative complicanze nonché l'erogazione di prestazioni di Assistenza in favore dell'Assicurato.

- Copertura sanitaria:

La garanzia opera sulla base della Forma di assicurazione prescelta distinta tra *Alta Protezione e Grandi Interventi Chirurgici* e prevede - nel caso in cui la totalità delle spese sia sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale o da altro Ente o Fondo - in luogo del rimborso delle spese sostenute, l'erogazione di una indennità sostitutiva.

La garanzia può essere completata acquisendo (in forma alternativa tra loro) le Garanzie Aggiuntive A) *Esami Diagnostici, di laboratorio e visite specialistiche senza Ricovero* o B) *Esami diagnostici e di laboratorio senza Ricovero*.

La copertura è strutturata sulla base di 3 ipotesi di operatività articolate come segue:

- . A) *Ricovero in Istituto di Cura, con o senza Intervento chirurgico*: prevede il rimborso delle spese sostenute per i Ricoveri, con o senza Intervento chirurgico, resi necessari da Malattia o Infortunio, aborto spontaneo o terapeutico; vengono inoltre rimborsate le rette di degenza, gli accertamenti diagnostici, gli esami, le visite specialistiche, effettuati durante il periodo di Ricovero e altre numerose fattispecie, secondo quanto indicato al punto A) dell'art. 14 "Oggetto dell'assicurazione" delle condizioni di assicurazione.
- . B) *Ricovero in Istituto di cura*: prevede il rimborso delle spese sostenute, a seguito di parto, fisiologico o con taglio cesareo, e relative complicanze, per le prestazioni sanitarie definite dal punto precedente.
- . C) *Intervento Chirurgico Ambulatoriale senza Ricovero o in regime di Day-hospital*: prevede il rimborso delle spese sostenute fuori ricovero, determinate da Malattia o Infortunio.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio su tutte le prestazioni sopra elencate si rinvia a quanto previsto al capitolo 3 "*Norme che regolano la garanzia Malattie*", artt. 14 "Oggetto dell'assicurazione", 15 "Forma di assicurazione", 16 "Rimborso fortetario" e al capitolo 4 "*Garanzie aggiuntive*", delle condizioni di assicurazione.

- Servizio Assistenza:

Garantisce all'Assicurato a tutela della sua persona prestazioni di aiuto immediato (quali l'invio di personale medico, l'invio di un'ambulanza, la consulenza medica e varie altre) secondo quanto indicato al capitolo 5 "*Norme che regolano il Servizio Assistenza*" delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: le coperture assicurative sopra elencate hanno limitazioni ed esclusioni di operatività o condizioni di sospensione delle stesse che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo; per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'interno dei suddetti capitoli e

articoli, nonché degli artt. 19 "Delimitazioni ed Esclusioni" del capitolo 3 "Norme che regolano la garanzia Malattie" e 27 "Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le Prestazioni" del capitolo 5 "Norme che regolano il Servizio Assistenza", e del capitolo 6 "Condizioni Particolari valide per l'assicurazione Malattie e Assistenza".

AVVERTENZA: alle coperture assicurative sopra elencate sono applicati limiti massimi di Indennizzo nonché Scoperti (espressi in percentuale del danno indennizzabile, con minimo e massimo in Euro) che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto nelle condizioni di assicurazione all'interno dei suddetti capitoli e nella scheda di polizza che verrà sottoscritta dal Contraente in caso di stipulazione della Polizza.

Esempio di Scoperto con minimo in Euro: spesa sostenuta per esami diagnostici e di laboratorio, se acquisita la Garanzia Aggiuntiva B) Esami diagnostici e di laboratorio senza ricovero, pari a Euro 3.000, Scoperto 20% minimo Euro 100, Indennizzo corrisposto Euro 2.400.

Esempio di Scoperto con massimo in Euro: spesa sostenuta per rette di degenza prevista dalla garanzia A) Ricovero in Istituto di Cura, con o senza Intervento chirurgico (se acquisita la Forma di assicurazione "Alta Protezione" e la Condizione Particolare a) "Alta Protezione" - Forma Estesa) pari a Euro 1.000, Scoperto 25% massimo Euro 4.000 delle spese eccedenti il limite di Euro 250, Indennizzo corrisposto Euro 812,50 (Euro 250+Euro 562,50).

Esempio di limite di Indennizzo: Spese per rette di degenza pari a Euro 300 al giorno, limite di Indennizzo pari a Euro 250 al giorno, Indennizzo corrisposto Euro 250 al giorno.

4. Periodi di carenza contrattuale

AVVERTENZA: Il contratto prevede un periodo di carenza, ossia un periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale l'eventuale Sinistro non rientra in garanzia e pertanto non sarà pagato alcun Indennizzo.

La garanzia decorre per:

- le Malattie, dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, salvo quanto previsto al successivo punto;
- l'aborto spontaneo o terapeutico e per le Malattie dipendenti dalla gravidanza, dal 60° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio dopo questa data;
- il parto, dal 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;
- le Malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ed insorti anteriormente alla stipulazione della Polizza, e per le patologie diagnosticate nei primi 30 giorni di decorrenza della garanzia, dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'art. 18 "Decorrenza della Garanzia - termini di aspettativa" del capitolo 3 Norme che regolano la garanzia Malattie.

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario

AVVERTENZA: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del Rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare la perdita del diritto all'Indennizzo o la sua riduzione e gli altri effetti previsti dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

AVVERTENZA: è necessario che l'Assicurato risponda in maniera precisa e veritiera alle domande previste dal Questionario Sanitario, che forma parte integrante della Polizza.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'art. 1

“Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio” delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il contratto non prevede ipotesi di aggravamento o diminuzione del Rischio, né variazioni nella professione dell'Assicurato, salvo quanto disposto dall'art. 13 "Risoluzione dell'assicurazione" del capitolo 2 "Norme comuni alle Garanzie Malattie e Assistenza".

7. Premi

La periodicità di pagamento del Premio è annuale.

Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dall'art. 47 del Regolamento ISVAP n°5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario.

Il Premio può essere frazionato in rate. L'eventuale frazionamento è indicato nella scheda di polizza.

AVVERTENZA: Qualora siano concedibili sconti di premio sul singolo contratto l'intermediario illustra al Contraente le condizioni di applicabilità degli stessi.

Se la Polizza è stipulata con durata poliennale il premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in scheda di polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale (art. 1899, 1° comm a, del codice civile).

8. Adeguamento del Premio e delle Somme Assicurate

Il Massimale, le Somme assicurate, i limiti d'Indennizzo, il Rimborso fortetario e il Premio sono collegati all'"Indice Nazionale dei Servizi Sanitari e Spese per la Salute" pubblicato dall'ISTAT. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dal punto B) *Indicizzazione* del capitolo 6 "Condizioni Particolari valide per l'assicurazione Malattie e Assistenza".

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA: Entro 90 giorni dalla data di pagamento del premio o della prima rata di esso, la Società ha la facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni.

Nel caso in cui il Contraente rinunci all'adeguamento del premio e delle somme assicurate, è inoltre in facoltà della Società di recedere dal contratto, entro 90 giorni dalla scadenza della rata di premio cui si riferisce l'ultimo adeguamento e il recesso ha effetto dalla scadenza della successiva annualità di premio.

Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'art. 6 "Facoltà di recesso da parte della Società nei primi 90 giorni" delle Norme che regolano l'assicurazione in generale e dal punto B) "Indicizzazione" del capitolo 6 "Condizioni particolari valide per l'assicurazione Malattie e Assistenza".

Se il contratto è stato stipulato con durata pluriennale il Contraente ha comunque facoltà di recedere, trascorsi cinque anni, senza oneri e con preavviso de sessanta giorni (art. 1899, 1° comma, del codice civile).

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'articolo 2952 del codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di premio, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

11. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'art. 180 del D. Lgs. N. 209/2005 il contratto sarà soggetto alla legge italiana se il rischio è ubicato in Italia.

E' facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da

quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

12. Regime fiscale

Nel contratto si applicano sul Premio imponibile aliquote fiscali diversificate a seconda della garanzia pattuita nella misura prevista dalla normativa vigente e indicata nella scheda di Polizza.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

AVVERTENZA: per la Garanzia Malattie per data del Sinistro s'intende:

a) Sinistro con Ricovero o con intervento

il primo giorno di Ricovero o del Day-hospital o il giorno dell'intervento senza Ricovero.

b) Sinistro senza Ricovero o senza intervento: prestazioni per esami diagnostici e/o di laboratorio e/o per visite specialistiche il giorno in cui l'Assicurato si sottopone al primo esame diagnostico o di laboratorio ovvero alla prima visita specialistica (relativi alla Malattia o Infortunio nel corso dell'Annualità assicurativa).

Per la garanzia "Assistenza" il Sinistro si intende avvenuto al manifestarsi di una situazione di difficoltà a seguito di Infortunio/Malattia tra quelli previsti in Polizza.

Il Contraente/Assicurato deve dare avviso del Sinistro contattando la Centrale Operativa o, per le richieste di rimborso di spese sanitarie o di pagamento della diaria sostitutiva, deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza, oppure alla Società, entro 3 giorni da quando si è verificato il Sinistro ovvero da quando è cessata l'eventuale causa di forza maggiore che ha impedito l'avviso.

L'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici necessari, nonché di fornire ogni informazione e Documentazione sanitaria. Per gli aspetti di maggiore dettaglio sull'intera procedura liquidativa si rinvia a quanto previsto al capitolo 3 "Norme che regolano la garanzia Malattie" artt. 20 "Denuncia di Sinistro ed obblighi relativi" e 21 "Criteri di liquidazione", delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: Relativamente ai Sinistri del ramo Assistenza la gestione viene affidata dalla Società a Pronto Assistance Servizi S.c.a.r.l. Per gli aspetti di maggiore dettaglio sull'intera procedura si rinvia a quanto previsto al capitolo 5 "Norme che regolano il Servizio Assistenza", art. 30 "Istruzioni per la richiesta di assistenza" delle condizioni di assicurazione.

14. Assistenza diretta - Convenzioni

AVVERTENZA: il contratto non prevede l'utilizzo da parte dell'Assicurato di centri sanitari e/o equipe mediche convenzionati, con pagamento diretto delle spese da parte della Società.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto a:

Società: Fondiaria-Sai S.p.A.

Funzione: Relazioni Industriali e Servizio Clienti - Servizio Clienti

Indirizzo: Corso Galileo Galilei, 12 - 10126 Torino

Fax: (+39) 011-6533745

Email: servizio.reclami@fondiaria-sai.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21 – 00187 Roma, telefono (+39) 06-421331, corredando l'esposto con la copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo deve inoltre contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile per descrivere più compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'ISVAP.

Fatta salva la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti o, comunque, di adire l'Autorità Giudiziaria (in tal caso il reclamo esula dalla competenza dell'ISVAP), si ricorda che per eventuali reclami riguardanti la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante, avente domicilio in Italia, può presentare il reclamo all'ISVAP oppure direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito *internet*: <http://ec.europa.eu/internalmarket/finservices-retail/finnet/index.en.htm> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

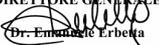
16. Arbitrato

Per la risoluzione di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro le parti possono demandare la decisione a un collegio arbitrale secondo la procedura definita all'art. 23 "Controversie - Arbitrato irrituale" delle Condizioni di assicurazioni.

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

AVVERTENZA: resta salva la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi e di rivolgersi all'Autorità giudiziaria nei casi previsti dalla legge.

FONDIARIA - SAI S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale
FONDIARIA - SAI S.p.A.
L'AMMINISTRATORE DELEGATO E
DIRETTORE GENERALE

Dr. Emanuele Erbetta

Data aggiornamento Nota Informativa (escluso paragrafo A.2): 01.2011

RIMBORSO SPESE DI CURA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

Definizioni comuni a tutte le garanzie

1 Norme che regolano l'assicurazione in generale

- Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 2 Altre assicurazioni
- Art. 3 Pagamento del Premio
- Art. 4 Frazionamento del Premio
- Art. 5 Modifiche dell'assicurazione
- Art. 6 Facoltà di recesso da parte della Società nei primi 90 giorni
- Art. 7 Non tacita proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione
- Art. 8 Oneri fiscali
- Art. 9 Obbligo di consegna delle Condizioni di Assicurazione agli Assicurati
- Art.10 Rinvio alle norme di legge

2 Norme comuni alle garanzie Malattie e Assistenza

- Art.11 Sostituzione di un Assicurato e/o inserimento di nuovo Assicurato
- Art.12 Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta
- Art.13 Risoluzione dell'assicurazione

3 Norme che regolano la garanzia Malattie

- Art.14 Oggetto dell'assicurazione
- Art.15 Forma di assicurazione
- Art.16 Rimborso forfetario
- Art.17 Persone assicurate
- Art.18 Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa
- Art.19 Delimitazioni ed esclusioni
- Art.20 Denuncia di Sinistro ed obblighi relativi
- Art.21 Criteri di liquidazione
- Art.22 Anticipo di Indennizzo
- Art.23 Controversie - Arbitrato irrituale
- Art.24 Rinuncia al diritto di rivalsa
- Art.25 Estensione territoriale

4 Garanzie Aggiuntive

- A. Esami diagnostici, di laboratorio e visite specialistiche senza Ricovero
- B. Esami diagnostici e di laboratorio senza Ricovero

Servizio Assistenza

Definizioni

5 Norme che regolano il Servizio Assistenza

- Art.26 Oggetto delle Prestazioni
 - Art.27 Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le Prestazioni
 - Art.28 Limiti e modalità di intervento
 - Art.29 Diritti
 - Art.30 Istruzioni per la richiesta di Assistenza
-

6 Condizioni Particolari valide per l'assicurazione Malattie e Assistenza

- A) Alta Protezione - Forma Estesa
 - B) Indicizzazione
 - C) Regolazione del premio
-

Allegati

Allegato 1 "Elenco interventi chirurgici (esclusi Grandi Interventi) e relative Somme assicurate"

Allegato 2 "Sala operatoria (diritti e spese) e materiali di intervento"

Allegato 3 "Elenco Grandi Interventi Chirurgici"

Consigli utili in caso di Sinistro

Definizioni comuni a tutte le garanzie

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato	Il soggetto cui spettano i diritti derivanti dal contratto.
Cartella Clinica	Documento redatto durante il Ricovero contenente generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti.
Day hospital	La degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per prestazioni chirurgiche e mediche che siano : - riferite a sole terapie (<i>con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva</i>); - documentate da Cartella Clinica; - praticate in ospedale, cliniche o strutture all'uopo autorizzate; - effettuate con la presenza continua, nella struttura, di un medico.
Documentazione sanitaria	Copia conforme della Cartella Clinica completa e sottoscritta dal Direttore Sanitario, della certificazione medica, delle radiografie, degli esami strumentali e della documentazione di spesa (compresi, per i farmaci, gli specifici tagliandi).
Forma di assicurazione	Definisce l'ambito, le condizioni e <i>i limiti della specifica garanzia</i> prescelta dal Contraente sulla scheda di Polizza.
Franchigia	<i>La parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di Polizza, espressa in importo che rimane a carico dell'Assicurato.</i>
Grandi Interventi chirurgici	Gli Interventi chirurgici elencati nello specifico Allegato 3 "Elenco Grandi Interventi Chirurgici".
Indennizzo/Rimborso	La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni constatabili.
Intervento chirurgico	L'insieme degli atti operatori (compresa la riduzione di fratture) finalizzati a risolvere una situazione patologica conseguente a Malattia o Infortunio.
Istituto di cura	L'Ospedale pubblico, la Clinica o la Casa di Cura privata (convenzionata o no con il Servizio Sanitario Nazionale) regolarmente autorizzata a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, esclusi, comunque, Stabilimenti termali, Case di Convalescenza e di soggiorno, Istituti per la cura della persona a fini estetici e/o dietetici, Case di riposo.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Massimale	L'importo pattuito in Polizza che rappresenta l'esborso massimo della Società per ciascun Infortunio o Malattia, occorso ad ogni singolo Assicurato, ancorché comportante più ricoveri durante la durata convenuta della Polizza.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società, a corrispettivo dell'assicurazione.

Questionario sanitario	Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà, prima di stipulare la Polizza di cui fa parte integrante.
Ricovero	La degenza, risultante dalla Cartella Clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di Cura.
Rimborso forfetario	La somma riconosciuta all'Assicurato per ogni giorno di Ricovero e di Convalescenza o di Day-hospital che abbia comportato Intervento chirurgico nel caso in cui questi sia ricorso, senza sostenere alcuna spesa ovvero rinunciando al Rimborso dell'eventuale spesa sostenuta, al Servizio Sanitario Nazionale o ad altra struttura mutualistica, o ad altra prestazione assicurativa.
Scoperto	<i>La parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di Polizza, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.</i>
Sinistro	<i>a) Sinistro con Ricovero o con intervento.</i> Per Sinistro si intende il Ricovero, il Day-hospital, l'Intervento chirurgico senza Ricovero, verificatosi in conseguenza di uno degli eventi previsti dalle prestazioni assicurative. Per data del Sinistro si intende il primo giorno di Ricovero o del Day-hospital o il giorno dell'intervento senza Ricovero. <i>b) Sinistro senza Ricovero o senza intervento: prestazioni per esami diagnostici e/o di laboratorio e/o per visite specialistiche.</i> Per Sinistro si intende il complesso di esami diagnostici e/o di laboratorio e/o visite specialistiche relativi alla stessa Malattia o Infortunio ai quali l'Assicurato si sottopone nel corso di una annualità assicurativa. Per data del Sinistro si intende il giorno in cui l'Assicurato si sottopone al primo esame diagnostico o di laboratorio ovvero alla prima visita specialistica (relativi alla Malattia o Infortunio nel corso dell'annualità assicurativa).
Società	L'impresa assicuratrice.
Somme assicurate	Le Somme assicurate rappresentano il massimo esborso della Società per il Rimborso delle prestazioni garantite, ad ogni persona assicurata e per ogni Ricovero e costituiscono sottolimiti del Massimale.

1 Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Se il Contraente, ovvero l'Assicurato se persona diversa dal Contraente, omette di comunicare o comunica in modo inesatto, circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, può perdere totalmente o in parte il diritto all'indennizzo/risarcimento e l'assicurazione stessa può cessare, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Il Contraente e l'Assicurato, prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario stesso.

Art. 2 Altre assicurazioni

Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, il Contraente o l'Assicurato, ai sensi dell'art. 1910 C.C. deve dare:

- *comunicazione scritta a ciascun assicuratore degli altri contratti stipulati;*
- *in caso di Sinistro, avviso a tutti gli assicuratori, richiedendo a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.*

Il Contraente, o l'Assicurato, *deve comunicare per iscritto* alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di Sinistro il Contraente, o l'Assicurato, deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C.

Il Contraente, o l'Assicurato, che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni decade dal diritto all'Indennizzo.

Art. 3 Pagamento del Premio

I premi devono essere pagati presso l'Intermediario al quale è assegnata la Polizza oppure alla Società. Gli oneri fiscali relativi alla polizza sono a carico del Contraente. Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dall'art. 47 del regolamento ISVAP n° 5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'Intermediario.

Art. 4 Frazionamento del Premio

Premesso che il Premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il frazionamento del medesimo. In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, trascorsi 15 giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo e impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del Premio. L'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio in arretrato.

Art. 5 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione *devono essere provate per iscritto.*

Art. 6 Facoltà di recesso da parte della Società nei primi 90 giorni

Entro 90 giorni dalla data di pagamento del Premio o della prima rata di esso, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni. In tale caso essa rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 7 Non tacita proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

Il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua naturale scadenza indicata nella scheda di Polizza.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 8 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 9 Obbligo di consegna delle Condizioni di Assicurazione agli Assicurati

Il Contraente si assume l'obbligo di consegnare agli Assicurati copia delle condizioni di Assicurazione secondo le modalità che concorderà con gli Assicurati stessi.

Art. 10 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.

2 Norme comuni alle garanzie Malattie e Assistenza

Art. 11 Sostituzione di un Assicurato e/o inserimento di nuovo Assicurato

Se il Contraente intende sostituire un Assicurato identificato in Polizza o inserire un nuovo Assicurato, *è tenuto a darne immediata comunicazione mediante lettera raccomandata alla Società*, la quale ne prende atto con appendice.

L'Assicurazione, rispetto al nuovo Assicurato, vale dalle ore 24 del giorno del perfezionamento della relativa appendice di sostituzione o inserimento dell'Assicurato, *con pagamento del maggior premio che eventualmente risulti dovuto*.

In caso di cessazione del rischio resta fermo quanto disposto dall'art. 1896 C.C.

Il disposto del presente articolo non è applicabile nel caso di assicurazione prestata ad Assicurati identificati secondi i criteri previsti all'art. 17 punto B).

In ogni caso di sostituzione/inserimento di nuovi assicurati resta fermo quanto previsto dal successivo art. 18.

Art. 12 Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

In caso di Polizza cumulativa l'Assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta ai sensi dell'art. 1891 C.C..

In tale caso gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, titolare esclusivo dell'interesse garantito, per cui egli solo - o i suoi eredi - è legittimato a farli valere presso la Società.

Art. 13 Risoluzione dell'assicurazione

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentale, alcolismo, tossicodipendenze, A.I.D.S. e sindromi correlate. L'assicurazione cessa dalla successiva scadenza annuale del premio dal momento in cui si è manifestata una delle predette alterazioni patologiche.

L'eventuale incasso dei premi, scaduti successivamente alla cessazione per le cause sopra previste, da parte della Società, dà diritto all'Assicurato di richiedere la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali.

3 Norme che regolano la garanzia Malattie

Art. 14 Oggetto dell'assicurazione

A) Ricovero in Istituto di Cura, con o senza Intervento chirurgico reso necessario da:

- *Malattia o Infortunio;*
- *aborto spontaneo o terapeutico.*

La Società rimborsa **fino alla concorrenza del Massimale pattuito nella scheda di Polizza e nei limiti delle Somme assicurate sotto indicate e di quelle previste dalla specifica Forma di assicurazione (art.15)** prescelta dal Contraente, le spese sostenute per :

- 1) assistenza medica generica, assistenza infermieristica, medicinali forniti durante il periodo di Ricovero, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'Intervento chirurgico;
- 2) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; sala operatoria (diritti e spese) e materiali di intervento;
- 3) accertamenti diagnostici, esami, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di Ricovero **fino alla Somma assicurata complessiva di € 6.000.**

Tuttavia, **quando il Ricovero è di durata non superiore a 7 giorni consecutivi**, il Rimborso viene effettuato **con il massimo della Somma assicurata corrispondente a € 300** per il numero dei giorni del Ricovero;

- 4) rette di degenza;
- 5) le seguenti prestazioni, effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 100 giorni seguenti al Ricovero (escluso il Day hospital):
 - visite specialistiche;
 - accertamenti diagnostici;
 - prestazioni mediche ed infermieristiche;
 - acquisto medicinali;
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi;
 - cure termali (escluse le spese di natura alberghiera).

Limitatamente ai ricoveri che non comportino Intervento chirurgico, le suddette prestazioni vengono rimborsate **con il massimo della Somma assicurata di € 300 per ogni giorno del Ricovero cui le prestazioni sono correlate e, comunque, fino alla Somma assicurata complessiva di € 3.000;**

- 6) trasporto con mezzi sanitari all'Istituto di cura, trasporto dallo stesso ad altro Istituto, rientro dall'Istituto di cura al proprio domicilio **fino a € 850;**
- 7) rette per pernottamento all'Istituto di cura di un accompagnatore **fino a € 55 per ogni giorno per un periodo massimo di 60 giorni;**
- 8) spese per acquisto, manutenzione, riparazione di apparecchi protesici e terapeutici a seguito di amputazione di arti, **sino a € 3.000 per anno assicurativo.**

B) Ricovero in Istituto di cura reso necessario da:

- *parto, fisiologico o con taglio cesareo, e relative complicanze.*

La Società rimborsa, **sino alla concorrenza della Somma assicurata di € 1.600 per ogni persona e per anno assicurativo**, le spese sostenute per le prestazioni sanitarie previste al punto A) del presente articolo, alle condizioni ivi stabilite.

In alternativa al Rimborso delle suddette spese e su richiesta dell'Assicurato, la Società provvede a corrispondere il Rimborso Forfetario **nei limiti e per l'importo indicato al successivo Art. 16.**

C) Intervento Chirurgico Ambulatoriale senza Ricovero o in regime di Day-hospital, reso necessario da:

- *Malattia o Infortunio.*

La Società rimborsa **sino alla concorrenza della Somma assicurata di € 3000** le spese sostenute per Interventi chirurgici effettuati ambulatoriamente o in regime di Day-hospital.

Art. 15 Forma di assicurazione

La garanzia della presente Polizza vale esclusivamente per la Forma indicata nella scheda di Polizza.

ALTA PROTEZIONE

La garanzia assicurativa vale per tutte le prestazioni indicate all'art. 14 punti A), B) e C).

Si conviene, inoltre, che:

- 1) il rimborso degli onorari dei soggetti di cui all'art. 14 punto A2, sarà effettuato limitatamente agli Interventi chirurgici elencati in **ALLEGATO 1 "Elenco degli Interventi chirurgici e relative Somme Assicurate"** - sino alla concorrenza delle Somme assicurate ivi indicate;
- 2) il rimborso per la sala operatoria (diritti e spese) e dei materiali di intervento (art. 14 punto A2) sino alla concorrenza delle Somme assicurate indicate in **ALLEGATO 2 - "Sala operatoria (diritti e spese) e Materiali di intervento"**;
- 3) il rimborso delle rette di degenza (art. 14 punto A4) sarà effettuato **con il massimo della Somma assicurata di € 250 per**

ogni giorno.

Le disposizioni previste ai precedenti punti 1), 2) e 3), **non sono operanti nel caso in cui il Ricovero sia reso necessario da uno degli Interventi chirurgici previsti nell'ALLEGATO 3 - "Elenco Grandi Interventi Chirurgici"**.

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

La garanzia assicurativa vale per le prestazioni indicate all'art. 14 punto A) esclusivamente in caso di Ricovero che comporti uno dei Grandi Interventi Chirurgici, definiti in **ALLEGATO 3 - "Elenco Grandi Interventi Chirurgici"**.

Art. 16 Rimborso forfetario

Indipendentemente dalla Forma di assicurazione prescelta, *se la totalità delle spese è sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale o da altro Ente o Fondo, in luogo del rimborso*, la Società eroga una indennità sostitutiva di:

- € 80 per ogni giorno di Ricovero *con il massimo di 60 giorni*;
- € 55 per ogni giorno di Day hospital che abbia comportato un Intervento chirurgico, *con il massimo di 30 giorni*.

Se parte delle spese è sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente o Fondo, la Società:

- rimborsa all'Assicurato, entro i limiti delle Somme assicurate per le varie prestazioni, le spese effettivamente rimaste a suo carico

ovvero:

- a richiesta dell'Assicurato, in luogo del rimborso delle spese rimaste effettivamente a suo carico, eroga le indennità previste ai precedenti punti.

Art. 17 Persone assicurate**A) Assicurati nominativamente identificati**

L'Assicurazione vale per le persone nominativamente identificate nella scheda di Polizza o nel modello PA allegato alla scheda di polizza.

B) Assicurati non identificati nominativamente

L'Assicurazione vale per le persone non indicate nominativamente ma per la cui identificazione si farà riferimento a quanto espressamente pattuito in Polizza.

La Società ha diritto di effettuare verifiche e controlli atti a identificare con esattezza le persone assicurate, verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni richieste.

Si conviene, infine, che il Premio viene stabilito ed anticipato in via provvisoria sulla base degli elementi variabili presi in considerazione alla stipula del contratto ed esso verrà regolato secondo i criteri previsti alla Condizione Particolare C (Regolazione del Premio) che si intende espressamente richiamata.

Art. 18 Decorrenza della Garanzia - Termini di aspettativa

La garanzia decorre per:

- a) gli *Infortuni, dal giorno in cui, ai sensi dell'art. 3, ha effetto l'assicurazione;*
- b) le *Malattie, dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, salvo quanto previsto al successivo punto e);*
- c) *l'aborto spontaneo o terapeutico* e per le *Malattie dipendenti dalla gravidanza, dal 60° giorno successivo a quello in cui, ai sensi dell'art. 3, ha effetto l'assicurazione, purchè la gravidanza abbia avuto inizio dopo questa data;*
- d) *il parto, dal 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;*
- e) *le Malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ed insorti anteriormente alla stipulazione della Polizza, e per le patologie diagnosticate nei primi 30 giorni di decorrenza della garanzia, dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione.*

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto analogo della Società, riguardante gli stessi Assicurati, i termini di cui sopra operano soltanto in relazione alle nuove garanzie e/o alle maggiori somme previste dal nuovo contratto. La presente pattuizione vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 19 Delimitazioni ed Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- a) *gli Infortuni, le Malattie, le malformazioni, le anomalie congenite e gli stati patologici, nonchè le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, sottaciuti alla stipulazione del contratto con dolo o colpa grave;*
- b) *le malattie mentali, i disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze;*
- c) *gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;*
- d) *gli Infortuni e le Malattie conseguenti ad alcoolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;*
- e) *gli Infortuni derivanti dalla pratica di sports aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti;*

- f) *aborto non praticato nei termini di legge;*
 g) *la diagnostica, la terapia e ogni prestazione inerente a sterilità, impotenza sessuale, fecondazione assistita e artificiale;*
 h) *la liposuzione e le prestazioni aventi finalità estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Malattia e/o Infortunio, e di stomatologia ricostruttiva, compreso l'apparato dentario, solo se reso necessario da Infortunio);*
 i) *le visite e terapie in genere con finalità estetica nonché le diete aventi finalità estetica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la medicina alternativa in genere;*
 l) *i check-up di medicina preventiva;*
 m) *le cure dentarie ed ortodontiche e delle parodontopatie e le forniture di protesi dentarie.*

Sono invece comprese le protesi dentarie rese necessarie da Infortunio per la sostituzione di denti avulsi, esclusivamente per la prima applicazione. Sono comunque escluse le sostituzioni di protesi dentarie;

n) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi del presente contratto;

o) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Nei confronti degli Assicurati che abbiano compiuto il 65° anno di età la garanzia per le malattie croniche e/o recidivanti è prestata, per persona e per ciascun anno assicurativo, fino ad un massimo di trenta giorni di Ricovero, anche non consecutivi, compreso il Day-hospital, relativo ad Intervento Chirurgico.

Art. 20 Denuncia di Sinistro ed obblighi relativi

In caso di Sinistro il Contraente/Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza, oppure alla Società, entro 3 giorni da quando si è verificato il Sinistro ovvero da quando è cessata l'eventuale causa di forza maggiore che ha impedito l'avviso.

Su richiesta della Società l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti e controlli medici necessari.

L'Assicurato ha l'obbligo inoltre, in qualunque momento, di fornire ogni informazione e di produrre ogni Documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 21 Criteri di liquidazione

La corresponsione del Rimborso delle spese o del Rimborso Forfetario è **condizionata al fatto che l'Assicurato invii, possibilmente in un'unica soluzione, la seguente documentazione in originale:**

- un certificato medico attestante l'esistenza della patologia (Malattia o Infortunio), la richiesta di visite, di esami diagnostici, di Ricovero o di intervento;
- i referti medici e ogni altra Documentazione sanitaria giustificativa (risultati diagnostici, Cartella Clinica, ecc.);
- le fatture di spesa, debitamente quietanzate, nonché i tagliandi per le spese farmaceutiche.

a) Modalità per la liquidazione delle spese sostenute

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto a cure terminate, su presentazione, in originale delle ricevute, notule e/o distinte quietanzate. Qualora l'Assicurato abbia ottenuto un Rimborso dal Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente o Fondo, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto, al netto del Rimborso effettuato da terzi, **previa dimostrazione, da parte dell'Assicurato stesso, attraverso la documentazione originale, delle spese effettivamente rimaste a suo carico.**

b) Modalità per la liquidazione del Rimborso Forfetario

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto, ai sensi di Polizza, al termine del Ricovero o del Day-hospital che abbia comportato Intervento chirurgico.

La liquidazione delle indennità o dei rimborsi di cui ai precedenti punti **a)** e **b)** verrà effettuata entro 30 giorni dalla presentazione della completa documentazione relativa al Sinistro denunciato. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi saranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 22 Anticipo di Indennizzo

A richiesta dell'Assicurato, documentata da certificato di diagnosi, nel caso di Ricovero indennizzabile a termini della presente Polizza, è facoltà della Società anticipare l'importo richiesto dall'Istituto di cura a titolo di deposito cauzionale, **con il massimo di € 6.000.**

Tale importo sarà corrisposto direttamente all'Istituto di cura e verrà detratto dal Rimborso definitivo effettuato a termini di Polizza.

Qualora in sede di liquidazione del danno emergano motivi di non indennizzabilità dello stesso o la somma da rimborsare sia inferiore al deposito cauzionale, l'Assicurato si impegna a restituire alla Società l'importo anticipato, o parte di esso, entro il termine di 10 giorni dalla richiesta della Società stessa.

Art. 23 Controversie - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro possono essere demandate con comunicazione scritta a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche nell'ipotesi che questi non sia Contraente di Polizza.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del proprio medico mentre quelle del terzo medico sono ripartite a metà tra la parte e l'Assicurato.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, che infatti rinunciano preventivamente a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. In ogni caso Società e Contraente possono intraprendere ogni azione legale circa l'indennizzabilità del Sinistro.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in un verbale redatto in due copie, una per ognuna delle parti; questa perizia collegiale è valida anche se uno dei medici non la sottoscrive.

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 24 Rinuncia al diritto di rivalsa

Quando il Sinistro sia stato indennizzato con il Rimborso Forfetario, la Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili.

Art. 25 Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

4 Garanzie Aggiuntive

(Operanti solo se indicato il relativo Premio nella scheda di Polizza)

Le Condizioni Particolari A e B sono alternative e non possono essere contemporaneamente richiamate

A) Esami diagnostici, di laboratorio e visite specialistiche senza Ricovero

La Società, nel caso di Malattia o di Infortunio, documentato da certificazione medica, rimborsa, **fino alla concorrenza di € 1.200** per persona assicurata e per anno assicurativo, il pagamento delle spese sostenute per esami diagnostici, di laboratorio e/o per visite specialistiche con i seguenti limiti e criteri:

- a) qualora l'Assicurato non si sia avvalso del Servizio Sanitario Nazionale, la liquidazione viene effettuata - fermo il limite per persona e per anno assicurativo - **nella misura del 50% delle spese sostenute**, con l'intesa, tuttavia, **che la parte di spese che rimane a carico dell'Assicurato non potrà essere inferiore, in alcun caso, a € 50 per Sinistro;**
- b) qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, viene rimborsato l'intero costo dei tickets posti a carico dell'Assicurato medesimo.

Sono in ogni caso esclusi dalla garanzia i check-up di medicina preventiva e le visite mediche generiche.

B) Esami diagnostici e di laboratorio senza ricovero

La Società, nel caso di Malattia accertata o di Infortunio, documentati da certificazione medica, rimborsa, **fino alla concorrenza di € 3.500** per persona assicurata e per anno assicurativo, il pagamento delle spese per gli esami diagnostici e di laboratorio con i seguenti limiti e criteri:

- a) qualora l'Assicurato non si sia avvalso del Servizio Sanitario Nazionale, la liquidazione viene effettuata - **fermo il limite per persona e per anno assicurativo - nella misura del 80% delle spese sostenute**, con l'intesa, tuttavia, **che la parte di spese che rimane a carico dell'Assicurato non potrà essere inferiore, in alcun caso, a € 100 per Sinistro;**
- b) qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, viene rimborsato l'intero costo dei tickets posti a carico dell'Assicurato medesimo.

Si conviene infine che **sono sempre escluse dalla presente garanzia le spese relative a:**

- **esami del sangue, delle urine e delle feci;**
- **MOC e PAPTEST;**
- **le visite mediche generiche e specialistiche di ogni natura, nonchè i check-up di medicina preventiva.**

Servizio Assistenza

Definizioni

Nel testo che segue si intende per:

PRONTO ASSICURA È il servizio fornito dalla Società avvalendosi della Centrale Operativa di Pronto Assistance Servizi S.c.a.r.l.

Centrale Operativa È la struttura di Pronto Assistance Servizi S.c.a.r.l.,- Via Carlo Marengo, 25 TORINO, costituita da medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, 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, con costi a carico della Società stessa, le Prestazioni di assistenza previste in Polizza.

Prestazioni Le assistenze prestate dalla Centrale Operativa all'Assicurato.

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

5 Norme che regolano il Servizio Assistenza

Il servizio "PRONTO ASSICURA" è prestato dalla Società tramite la Centrale Operativa. Per avvalersi delle Prestazioni di "PRONTO ASSICURA" l'Assicurato dovrà rivolgersi esclusivamente alla Centrale Operativa con le modalità previste dall'art. 30.

Le Prestazioni di cui all'art. 26 lettere d) - e) - f), sono operanti quando, in conseguenza di un Sinistro verificatosi in un luogo ad oltre 50 km dal comune della Sede operativa del Contraente, determinano la richiesta di assistenza da parte dell'Assicurato dalla medesima località ove si sia verificato il Sinistro.

Art. 26 Oggetto delle Prestazioni

Con il servizio "PRONTO ASSICURA" sono garantite le Prestazioni di seguito specificate:

a) Consulenza medica

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

b) Invio in Italia di un medico in casi di urgenza

Qualora, a seguito di Malattia o Infortunio, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese della Società, uno dei medici convenzionati.

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

c) Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora, a seguito di Malattia o Infortunio, l'Assicurato, necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al Ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza, tenendo la Società a proprio carico la relativa spesa **fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).**

d) Rientro sanitario

Qualora, a seguito di Malattia o Infortunio le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Centrale Operativa **provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa riterranno più idoneo alle condizioni del paziente:**

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

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

La Centrale Operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il Sinistro avvenga in paesi Europei.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a spese della Società, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. 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 sanitarie nazionali o internazionali.

e) Accompagnamento di minori

Qualora l'Assicurato in viaggio, accompagnato da minori di 15 anni, purché assicurati con la presente Polizza, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro in seguito a Malattia o Infortunio, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un familiare convivente, residente in Italia, un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. **Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.** La Società terrà a proprio carico il relativo costo **fino ad un massimo di € 300.** L'Assicurato deve comunicare nome, cognome, indirizzo e recapito telefonico del familiare affinché la Centrale Operativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

f) Rientro dell'Assicurato convalescente

Qualora l'Assicurato in viaggio, a seguito di un Ricovero in Istituto di Cura per Malattia o Infortunio, non sia in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Centrale Operativa metterà a sua disposizione un biglietto ferroviario, di prima classe, o un biglietto aereo di classe economica, per consentirgli di rientrare alla propria residenza, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto, a spese della Società, al rientro dell'Assicurato, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, etc., non utilizzato.

g) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora a seguito di Malattia o Infortunio, l'Assicurato, per le cure del caso, necessiti urgentemente, secondo parere medico, di specialità medicinali (*sempre che commercializzate in Italia*) irreperibili sul posto, la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo più rapido tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.

h) Interprete a disposizione all'estero

Qualora l'Assicurato, in caso di Ricovero in ospedale per Malattia o Infortunio, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete, assumendone la Società i costi **per un massimo di otto ore lavorative**.

La Prestazione non è operante nei Paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Centrale Operativa.

Art.27 Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le Prestazioni

La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità del contratto è di 60 giorni.

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questo Servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del Sinistro.

Tutte le Prestazioni non sono dovute per Sinistri provocati o dipendenti da:

- *guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
- *scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;*
- *dolo dell'Assicurato;*
- *suicidio o tentato suicidio;*
- *Infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai; salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sports aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove ed allenamenti, nonché tutti gli Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;*
- *malattie nervose e mentali, malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della Polizza e già conosciute dall'Assicurato (malattie preesistenti), Malattie e Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;*
- *l'espianto e/o il trapianto di organi.*

Le Prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

Art. 28 Limiti e modalità di intervento

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni, relative al servizio "PRONTO ASSICURA", la Società non è tenuta a fornire indennizzi o Prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Il diritto alle Prestazioni fornite dalla Società tramite il servizio "PRONTO ASSICURA", decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del Sinistro.

Ciascuna Prestazione non è fornita più di tre volte per Assicurato e per ogni annualità assicurativa.

Art. 29 Diritti

Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive, a pena di decadenza, entro il termine tassativo di un anno dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla Prestazione (art. 2952 C.C.).

Art. 30 Istruzioni per la richiesta di assistenza

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 facente capo:

al numero verde **800/250514**

oppure a numero urbano **011 - 6523200** - dall'estero ++**39 011 6523200**

oppure se non può telefonare può inviare un fax al n. **011 65 86 52**

o un telex al **225365 PAS TO I**

o un telegramma a

PRONTO ASSISTANCE SERVIZI

Via Carlo Marengo, 25

10126 TORINO

Alla prima chiamata l'Assicurato deve comunicare con precisione:

- nome e cognome
- tipo di assistenza di cui necessita
- numero di Polizza preceduto dalla sigla **FASS**
- indirizzo del luogo in cui si trova
- recapito telefonico dove la Centrale Operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della Centrale Operativa.

La Centrale Operativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza. In ogni caso è necessario inviare gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

Ogni prestazione dovrà sempre essere richiesta alla Centrale Operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

6 Condizioni Particolari valide per l'assicurazione Malattie e Assistenza

(Valide solo se richiamate in scheda di polizza)

A) Alta Protezione - Forma Estesa

La Società, a deroga di quanto previsto dall'art. 15 - "Forma di assicurazione" Alta Protezione, rimborsa all'Assicurato le spese sostenute ivi garantite *sino alla concorrenza del Massimale pattuito in Polizza, anche oltre le Somme assicurate previste ai punti 1), 2), 3) nonchè all'art. 14 punto 5).*

Il rimborso verrà effettuato, previa detrazione di un importo pari al 25% delle spese eccedenti le suddette Somme assicurate; l'entità di tale Scoperto non potrà superare € 4.000.

Nel caso che nel rimborso concorra il Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente o Fondo lo Scoperto suddetto verrà applicato sulle spese rimaste a carico dell'Assicurato eccedenti le Somme assicurate.

B) Indicizzazione

Il Massimale, le Somme assicurate, i limiti di Indennizzo, il Rimborso forfetario ed il Premio sono collegati all' **"INDICE NAZIONALE DEI SERVIZI SANITARI E SPESE PER LA SALUTE"** pubblicato dall'ISTAT.

L'adeguamento del contratto per indicizzazione avviene con le seguenti modalità:

- a) alla polizza è assegnato come riferimento iniziale l'Indice del mese di settembre dell'anno solare antecedente a quello della sua data di decorrenza (Indice di riferimento iniziale);
- b) se tra l'Indice del mese di settembre dell'anno solare precedente la scadenza di una rata annuale e l'Indice di riferimento iniziale si è verificata una variazione, le Somme assicurate, i Massimali, i limiti di Indennizzo, il Rimborso forfetario e i Premi espressi in cifra assoluta vengono aumentati o ridotti in uguale misura a partire dalla scadenza stessa.

Non sono soggetti ad adeguamento le Franchigie e i minimi e i massimi di Scoperto.

Nel caso di eventuale ritardo della pubblicazione dell'Indice, la Società effettuerà l'adeguamento sulla base dell'ultimo indice disponibile su base annuale; nel momento in cui l'ISTAT riprenderà la regolare pubblicazione dell'Indice i successivi adeguamenti del contratto avverranno secondo le modalità previste ai punti a) e b).

C) Regolazione del Premio

Se il Premio di Polizza è convenuto, in tutto o in parte, in base ad elementi variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nella misura indicata in Polizza ed è regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, a seconda delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio.

A tale scopo:

c1) Comunicazione dei dati e pagamento della differenza di Premio

Entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società, in relazione a quanto previsto dal contratto:

- *il numero delle persone assicurate in servizio all'inizio del periodo considerato;*
- *il numero delle persone assunte e di quelle cessate nel corso del periodo stesso, con la precisazione delle date di assunzione e cessazione, della data di nascita e della data di ingresso o uscita dalla copertura;*
- *gli altri elementi variabili previsti in Polizza.*

Le differenze, attive o passive, del Premio risultanti dal conteggio devono essere saldate nei 15 giorni dalla data di comunicazione dell'atto di regolazione.

c2) Inosservanza dell'obbligo di comunicazione dei dati

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti al precedente punto c1) la comunicazione dei dati, ovvero il pagamento della differenza attiva dovuta, la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi.

Il Premio, anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la comunicazione dei dati o il pagamento della differenza attiva, salvo il diritto della Società a pretendere il conguaglio del Premio.

Per i contratti cessati per qualsiasi motivo, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del Premio, la Società non è obbligata per i Sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Resta fermo per la Società stessa il diritto di agire giudizialmente.

c3) Rivalutazione del premio anticipato in via provvisoria

Qualora, all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili del rischio risulti superiore del 100% rispetto a quello preso come base per la determinazione del Premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione.

Il nuovo importo sarà pari al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

c4) Verifiche e controlli

La Società ha diritto di effettuare verifiche e controlli; *il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione richiesta (quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo, il libro paga prescritto dall'art. 20 D.P.R. 30/06/1965 n. 1124, il registro delle fatture o quello dei corrispettivi).*

Allegati

ALLEGATO 1

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI (ESCLUSI GRANDI INTERVENTI) E RELATIVE SOMME ASSICURATE

Descrizione Intervento chirurgico	Somma Assicurata		
	Importi espressi in euro		
Piccola chirurgia			
Incisione di ascessi o flemmoni	350	Esofago	
Svuotamento di ematomi	350	Esofagoscopia operativa	1.100
Paterecci	350	Stomaco, duodeno	
Estrazione di corpi estranei superficiali	400	Gastrosocopia e duodenoscopia operativa	850
Estrazione di corpi estranei profondi	550	Resezione gastrica	3.700
Asportazione di neoformazioni superficiali	400	Vagotomia	3.700
Asportazione di neoformazioni profonde extracavitare	1.100	Intestino	
Unghia incarnita	400	Enterostomia, ano artificiale e chiusura	2.600
Sutura di ferita superficiale o profonda	400	Enteroanastomosi	2.600
Biopsia di tutti gli organi senza apertura di cavità	400	Colonscopia operativa	850
Biopsie complesse	850	Appendicectomia	2.600
Puntura epidurale, sottoccipitale o carotidea per angiografia	400	Retto - Ano	
Blocco anestetico di nervi periferici	400	Rectosigmoidoscopia operativa	850
Preparazione di vaso sanguigno per indagine	400	Asportazione chirurgica di polipi rettali	850
Artrocentesi con introduzione di medicamento	400	Operazione per emorroidi, ragadi, fistole rettali e coccigee	1.350
Puntato sternale, tibiale, iliaco	400	Interventi per neoplasie per retto - ano	3.700
Puntura della vescica urinaria	850	Prolasso del retto	1.950
Solo a seguito di Infortunio		Operazione per megacolon	3.200
Asportazione di denti spostati o fratturati in profondità tramite osteotomia	850	Fegato	
Faccia e Bocca (vedi otorinolaringoiatria)		Drenaggio di ascesso epatico	1.100
Collo		Colecistectomia	2.900
Asportazione della ghiandola sottomascellare	2.600	Reinterventi sulle vie biliari	4.200
Asportazione di cisti, fistole e neoformazioni del collo	1.600	Interventi chirurgici per ipertensione portale	6.200
Linfectomia cervicale bilaterale	4.200	Pancreas - Milza	
Interventi sulla tiroide:		Interventi per pancreatite acuta o cronica	3.200
Tiroidectomia subtotale	4.200	Torace	
Gozzo retrosternale con mediastinotomia	4.200	Interventi per tumori della mammella	3.200
Interventi per diverticolo dell'esofago	4.200	Drenaggio pleurico	850
Addome		Resezione costali	2.600
Laparotomia per drenaggio di peritoniti	2.600	Interventi sul mediastino	
Laparotomia esplorativa:		Interventi per ascessi	2.100
- se per occlusione senza resezione	3.400	Interventi per tumori	5.200
- se per occlusione con resezione	3.900	Interventi sul polmone	
Ernia inguinale o crurale	1.950	Interventi per ascessi o ferite polmonari	2.600
Ernia ombelicale o epigastrica ed ernie rare	2.900	Broncoscopia operativa	850
Laparocele post-operatorio	2.100	Tumori della trachea	7.300
Intervento per ernie diaframmatiche	3.700	CARDIOCHIRURGIA	
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	3.700	Interventi a cuore chiuso	5.200
Laparocele complicato	2.400	Impianto pace-maker endocavitario ed eventuale riposizionamento	1.950

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO**Neurochirurgia**

Trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare	2.600
Intervento per craniostenosi	5.200
Asportazione tumori ossei della volta cranica	2.600
Trattamento pericutananeo della nevralgia del trigemino e di altri nervi cranici	5.200
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	7.800
Asportazione tumori dell'orbita	5.200
Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche	4.200
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	5.200
Anastomosi dei vasi extra-intracranici	7.300
Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	7.300
Interventi per traumi vertebro-midollari	3.700
Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore	9.400
Somatotomia vertebrale	8.300
Interventi per ernia del disco dorsale e lombare	3.900
Spondilolistesi	5.200
Applicazione di elettrodi o cateteri endorachidei per trattamento del dolore o altro	4.200
Nervi periferici	
Asportazione tumori dei nervi periferici	4.200
Interventi sui nervi periferici per neurorraffie, neurolisi, neurotomie, nevrectomie decompressive	3.200
Interventi sul plesso brachiale	4.700

CHIRURGIA VASALE

Legatura arterie superficiali (temporali, facciali, radiali, cubitali, arcate palmari, pedidio)	1.100
Legatura arterie tibiali, linguali, ascellari, omerali, glutee, femorali, tiroidea, poplitea, mammaria interna, mascellare	3.200
Sutura arterie periferiche	1.100
Interventi per aneurismi arteria tibiale, glutea, tiroidea	5.700
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale poplitea, femorale	5.700
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello delle tibiali glutee e tiroidee	5.700
Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco branchio-cefalico, iliache	3.700
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	3.700
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	7.800
Loblectomia e trombectomia arteriosa per arto	4.200
Interventi per stenosi ed ostruzione della carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	5.200
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	3.700
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	5.200
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	550
Troabectomia venosa periferica iliaca e cava	2.600
Legatura vena cava inferiore	3.700
Istituzione di fistola artero-venosa	1.100
Resezione arteriosa con plastica vasale	5.200
Interventi per innesti di vasi	1.100
Legatura di un tronco venoso per ferita	1.100
Legatura di un tronco venoso per trombo-flebite	2.100
Legatura e sezione vene comunicanti	1.600
Legatura vena cava inferiore	3.700
Interventi per vene varicose	
Safenectomia	1.950
Reintervento per varici recidive	2.600

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA

Allestimento di lembo	1.100
Trasferimento di lembo	1.100
Plastica a Zeta	850
Innesto dermo epidermico o dermo adiposo	1.100
Innesto osseo e cartilagineo	2.600
Innesto di fascia lata	1.350
Innesto di mucosa	1.000
Plastica di scorrimento	850
Asportazione di cheloidi	850
Plastica mediante espansione tissutale	1.100
Cranio - Faccia - Collo	
Correzione di cicatrici del viso	850
Intervento per angiomi di grandi dimensioni	2.100
Blefaroplastica con innesto	2.100
Ricostruzione del sopracciglio	1.600
Plastica per ptosi palpebrale	1.350
Plastica della cavità orbitaria	2.100
Plastica ricostruttiva delle labbra	2.100
Labioschisi	2.100
Labio-palatoschisi	3.700
Plastica ricostruttiva del padiglione auricolare	2.100
Mioplastica per paralisi facciale	3.200
Torace - Addome	
Malformazione dell'areola e del capezzolo	1.600
Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea	1.600
Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	2.600
Aplasia della vagina	2.600
Correzione di cicatrici del tronco o degli arti	700
Arti	
Malformazione delle mani e dei piedi (sindattilia, polidattilia)	1.600
Ricostruzione del pollice	4.200
Reimpianto microchirurgico del dito	4.200
Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto	1.500
Retrazione cicatriziale delle dita con innesto	1.950
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
Riduzione cruenta di fratture	
Piccole articolazioni	550
Media articolazione (gomito, piede)	850
Grandi articolazioni (anca, ginocchio, spalla)	1.100
Colonna vertebrale	2.100
Interventi cruenti	
<i>(I massimali sottostanti si intendono validi anche per i rispettivi interventi eseguiti in artroscopia)</i>	
Asportazione di esostosi semplice	1.600
Osteotomia semplice	2.100
Osteotomia complessa	2.600
Resezione ossea	3.200
Intervento per osteiti	1.600
Perforazione alla Boeck	550
Amputazione piccoli segmenti	850
Amputazione medi segmenti	2.100
Amputazione grandi segmenti	3.200
Asportazione di tumori ossei vertebrali	5.200
Pseudoartrosi piccoli segmenti	1.950
Pseudoartrosi grandi segmenti	4.200
Osteosintesi di tibia e/o perone	1.600
Osteosintesi di femore	2.100
Osteosintesi di omero	1.600
Osteosintesi piccoli segmenti	650
Applicazioni di pressori	2.100
Costruzione di monconi cinematici	2.600
Intervento per costola cervicale	3.200
Scapulopessi	2.600

Asportazione di tumori ossei	1.600	Resezione endoscopica del collo vescicale e	
Prelievo di trapianto osseo con innesto	1.600	prostata	1.950
Espianto di midollo osseo	1.600	Cistostomia sovrapubica percutanea	1.100
Osteosintesi di clavicola o rotula	1.600	Posizionamento stent ureterale	1.350
Osteosintesi di avambraccio	1.600	Nefrostomia percutanea di minima	2.600
Rimozioni mezzi di sintesi	1.100	Puntura evacuativa percutanea di cisti renali	
Borsectomia	850	semplici	1.100
Resezione articolare	1.600	Nefrolitotrixxia percutanea con ultrasuoni	3.200
Sineviectomia	1.600	ESWL (litotrixxia extracorporea con onde d'urto)	3.200
Artroplastiche:		Rene	
grandi	2.600	Decapsulazione	2.600
medie	1.600	Lombotomia	2.600
piccole	1.100	Lombotomia per biopsia chirurgica ed accessi	
Plastica per lussazioni recidivanti	2.100	pararenali	3.700
Ricostruzione di legamenti articolari	1.600	Nefrectomia	2.600
Artrodesi:		Nefrectomia allargata	4.200
piccole	1.600	Nefrectomia allargata con embolectomia	6.200
medie	1.600	Resezione renale con clampaggio vascolare	4.200
grandi	3.700	Nefrotomia semplice	2.600
Artrolixi:		Nefrostomia o pielostomia	2.600
gomito	2.100	Pieloureteroplastica	2.600
ginocchio	2.100	Uretere	
piede	1.600	Ureterolitotomia	2.400
Riduzione cruenta lussazione congenita di anca	2.600	Ureteroplastica	5.200
Ricostruzione tetto cotiloideo	4.200	Ureterocistoneostomia monolaterale	3.700
Meniscectomia	1.950	Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione	
Asportazione corpi estranei e mobili endoarticolari	1.950	dell'uretere	4.400
Artroprotesi:		Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	8.800
anca parziale	2.600	Vescica	
anca totale	5.700	Epicistostomia sovrapubica	1.350
ginocchio	3.700	Cistolitotomia	1.350
gomito	3.700	Resezioni vescicali a pastiglia per neoplasie	1.950
Protesi:		Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto	
spalla e gomito	3.700	ureterale	3.400
polso	3.700	Emitrigonectomia	5.200
ginocchio	3.700	Ileo bladder	7.800
Alluce valgo	1.350	Cistoprostatovescicolectomia con neurovescica	
Dito a martello	1.100	rettale	9.400
Dito a scatto	850	Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder	9.400
Artroscopia diagnostica	550	Plastiche di ampliamento vescicale con anse	
Intervento di ernia del disco intervertebrale	3.700	intestinali	13.000
Osteosintesi vertebrale	3.700	Diverticolectomia	1.950
Artrodesi per via anteriore o posteriore	5.200	Diverticolectomia con U.C.N.	2.100
Intervento per scoliosi	4.200	Riparazione fistole vescico vaginali	2.100
Tendini - Muscoli - Aponeurosi		Cervicocistopepsi o colposospensione	2.100
Tenorrafia semplice	850	Prostata	
Tenorrafia complessa (tendine flessore mano, etc.)	1.600	Adenomectomia	1.100
Tenoplastica, mioplastica, miorafia	1.600	Linfadenectomia locoregionale di staging per	
Tenotomia, miotomia, aponeurotomia	1.600	carcinoma prostatico	2.100
Trapianto tendineo e muscolare	2.600	Prostatectomia radicale extraponeurotica nerve	
Asportazione di gangli tendinei	850	sparring	2.900
Tenolisi	1.100	Uretra	
Intervento per Morbo di Dupuytren	1.600	Meatotomia uretrale	2.600
Intervento per tunnel carpale	1.600	Uretroplastiche e uretroraffie	1.950
Biopsia muscolare	800	Plastiche di ricostruzione per ipospadia	850
		Uretrectomia	2.100
UROLOGIA		Apparato genitale maschile	
Meatotomia uretrale	850	Circoncisione	850
Endoscopia operativa		Riduzione di parafimosi	400
Cistoscopia operativa	550	Amputazione del pene	3.700
Coagulazione di tumori (per seduta)	550	Eversione della vaginale	1.600
Piccoli interventi endovesicali	850	Legatura alta vena spermatica	1.100
Estrazione calcoli uretrali	1.350	Orchidopepsi	2.100
Uretrotomia endoscopica con Fischer	1.350	Orchiectomia semplice	1.600
Litotrixxia	1.950	Orchifuniculectomia	1.600

Epididimectomia	1.600	Asportazione neoplasie congiuntivali con relativa plastica	1.100
Derotazione testicolare per torsione del funicolo	1.350	Vie lacrimali	
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecniche microchirurgiche)	2.100	Incisione di flemmone	350
Intervento di spermatocele	2.100	Stricturotomia	300
Riparazione fistole scrotali o inguinali	2.100	Asportazione del sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale	1.100
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolare	2.100	Dacriocistorinostomia o dacriocistorino-intubazione	1.600
Asportazione di placca I.P.P.	1.600	Chiusura del canale lacrimale	350
Intervento di nesbit	1.600	Palpebre	
Impianto di protesi peniene (escluse le protesi)	3.200	Calazio	300
<u>OSTETRICIA E GINECOLOGIA</u>			
Amnioscopia	550	Sutura cute palpebre	300
Revisione della cavità uterina per aborto in atto o postabortiva	850	Sutura per ferite a tutto spessore	400
Sutura di lacerazione perineale	550	Asportazione tumori con plastica per scorrimento	1.100
Episiotomia e colpoperineorrafia	550	Asportazione tumori con plastica per innesto	1.350
Cerchiaggio del collo uterino	850	Entropion-ectropion	1.100
Laparotomia per gravidanza extrauterina	1.950	Epicanto, colobomi	1.100
Laparotomia esplorativa e /o biotica	2.100	Cantoplastica	1.100
Conizzazione	850	Blefarocalasi	850
Amputazione del collo uterino e tracheloplastica	1.600	Riapertura dell'anchiloblefaron	300
Asportazione completa di cisti ghiandola del Bartolini	1.350	Cornea	
Ablazione di setti o rimozione di cisti vaginali	550	Estrazione di corpi estranei dalla cornea	300
Plastica vaginale anteriore per cistocele, cistopessi	1.100	Paracentesi della camera anteriore	850
Plastica vagino-perinale posteriore per rettocele o esiti di lacerazione vagino-perineale	1.100	Tatuaggio corneale	1.100
Plastica posteriore per ricostruzione dello sfintere anale	2.100	Sutura corneale	1.350
Plastica vaginale anteriore e posteriore per colpocistorettocele	2.600	Estrazione di corpi estranei in camera anteriore	2.100
Colpoisterectomia semplice	3.200	Trapianto corneale lamellare	2.600
Intervento per vaginismo	1.100	Trapianto corneale a tutto spessore	3.200
Vulvectomia semplice	2.100	Odontocheratoprosi	5.200
Miomectomia per via vaginale (esportazione nodo in via di espulsione)	2.100	Cheratotomia refrattiva	2.100
Interventi sull'ovaio e salpigi: annessiectomia, asportazione di sactosalpinge, cisti ovarica, tumori solidi, resezione ovarica)	2.600	Orbita	
Colpoisterectomia con o senza annessiectomia	3.700	Asportazione cisti profonde con neoplasie del contorno orbitale	1.350
Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia)	2.600	Exenteratio orbitale	2.100
Metroplastica per via laparotomica	2.100	Operazione di Kroenlein od orbitotomia	5.200
Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero	2.100	Sclera	
Salpingoplastica	2.100	Sutura sclerale	850
Vulvectomia radicale	2.600	Sclerotomia	850
Laparotomia per controllo evoluzione ca. ovaio	1.600	Sclerectomia	3.700
Riparazione chirurgica di fistola: uretrale, vescico-vaginale, retto-vaginale	2.600	Operazioni per Glaucoma	
Trattamento incontinenza urinaria:		Iridectomia	3.200
- intervento per via vaginale	2.400	Microchirurgia dell'angolo camerulare	2.100
- intervento per via addominale	2.600	Ciclodiatomia perforante	1.100
- intervento combinato (intervento a fionda ed altri)	2.600	Trabeculotomia	2.100
Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale	3.700	Trabeculectomia	3.700
Vulvectomia allargata con linfoadenectomia	4.200	Ciclodialisi	2.600
Intervento radicale per carcinoma ovarico	2.400	Goniotomia	2.600
<u>OCULISTICA</u>			
Congiuntiva		Operazioni fistolizzanti	3.700
Asportazione corpi estranei	400	Idrocicloretrazione	3.700
Sutura congiuntivale	400	Trabeculoplastica laser	2.100
Asportazione di piccole cisti congiuntivali	400	Iride	
Iniezioni sottocongiuntivali	400	Iridectomia	2.600
Plastica congiuntivale per scorrimento	1.100	Iridotomia	1.350
Plastica congiuntivale per innesto	1.100	Asportazione chirurgica cisti iridee, iridoliasi	1.600
		Sinechiemie	1.350
		Sutura dell'iride	1.350
		Trattamento laser per neoformazioni iridee	550
		Cristallino	
		Discissione di cataratta congenita, traumatica o secondaria	1.350
		Estrazione di cataratta	2.100
		Estrazione di cristallino lussato, cataratta complicato o molle	2.100
		Estrazione di cristallino trasparente	3.200

Aspirazione di masse catarattose	1.600	Miringoplastica	2.100
Asportazione di cataratta mediante facoemulsificazione	2.100	Timpanoplastica in un solo tempo	2.600
Asportazione di cataratta ed introduzione di cristallino	2.400	(curativa e ricostruttiva)	3.700
Capsulotomia posteriore (laser o chirurgica)	1.600	Ricostruzione della catena ossiculare	3.200
Retina		Interventi per otosclerosi	2.100
Intervento di distacco		Chirurgia della Sindrome di Ménière	3.200
(mediante diatermocoagulazione o criocoagulazione)	2.100	Chirurgia del sacco endolinfatico	5.200
Fotocoagulazione laser per seduta	1.950	Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	5.200
Fotocoagulazione laser (panretinica) nella retinopatia diabetica anche se in più sedute	2.100	Anastomosi e trapianti nervosi	5.200
Resezione sclerale	5.200	Sezione del nervo cocleare o vestibolare	5.200
Cerchiaggio o piombaggio	3.700	Neurinoma dell'VIII paio	3.700
Muscoli		Asportazione di tumori dell'orecchio medio o temporale	3.200
Intervento per strabismo su muscoli retti esterni o interni (per muscolo)	2.100	Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	300
Intervento per strabismo su muscoli superiori o inferiori o obliqui (per muscolo)	2.100	Naso e seni paranasali	300
Operazioni per strabismo paralitico	1.950	Asportazione di corpi estranei	300
Operazioni per ptosi palpebrale	1.950	Incisione di ascesso del naso esterno	500
Bulbo oculare		Intervento per rinofima	300
Enucleazione, exenteratio	2.100	Elettrocoagulazione o galvano-caustica dei turbinati e del setto	300
Enucleazione con innesto protesi mobile	2.400	Incisione di ematoma del setto	450
Estrazione di corpo estraneo endobulbare calamitabile	1.600	Turbinotomia inferiore o media	700
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	2.600	Riduzione di frattura	300
Varie		Resezione di sinechie e di speroni del setto	700
Criotrattamento per forme flogistiche	850	Resezione sottomucosa del setto	2.100
Criotrattamento per forme tumorali	1.100	Rinosettoplastica funzionale	850
Criotrattamento per forme glaucomatose	850	Apertura del seno mascellare per via nasale	700
Vitrectomia	550	Asportazione di cisti dei mascellari	2.100
Cheratomi radiale	2.100	Operazione radicale per sinusite mascellare o frontale	850
Cheratomilleusi	3.700	Chiusura di fistole oroantrali	850
Epicheratoplastica	4.200	Svuotamento di polipi per via nasale	1.950
OTORINOLARINGOIATRIA		Svuotamento etmoide per via transmascellare	1.600
Orecchio esterno		Trattamento chirurgico di mucocele frontoetmoidale	3.700
Piccole neoformazioni (cisti, polipi, papillomi, verruche, etc.)	400	Asportazione di tumori maligni del naso e dei seni	2.100
Incisione di ascesso del condotto	400	Apertura del seno sfenoidale	400
Idem di otoematoma	500	Asportazione di polipi coanali	850
Idem di pericondrite suppurata del padiglione	300	Asportazione di diaframma coanale osseo per via transpalatina	7.300
Corpi estranei:		Intervento per fibroma duro rinofaringeo	3.200
Asportazione per via chirurgica retroauricolare	450	Chirurgia della fossa pterigomascellare (legatura arteria mascellare interna, sezione del nervo vidiano, etc.)	350
Asportazione di fistole congenite	700	Cavo orale e faringe	350
Idem di osteomi del condotto	850	Corpi estranei	700
Exeresi di neoplasia del padiglione	1.100	Frenulotomia o ugotomia	700
Idem con svuotamento linfoghiandolare	2.100	Asportazione di piccole neoformazioni benigne	700
Atresia auris congenita: ricostruzione	6.800	Asportazione ranula	700
Orecchio medio ed interno		Adenidectomia	1.600
Paracentesi timpanica	550	Adenotonsillectomia	1.100
Timpanotomia esplorativa	1.100	Tonsillectomia secondo Studer	450
Drenaggio transtimpanico	1.100	Incisione di ascesso peritonsillare, laterofaringeo, retrofaringeo	1.600
Ossicullectomia	1.100	Neoplasie del labbro	1.600
Antrotomia	1.950	Resezione parziale della lingua	1.100
Mastoidotomia	2.600	Tumori del velo del palato	
Svuotamento petromastoideo	2.400		
Svuotamento con innesto dermoepidermico	2.100		
Trattamento delle petrositi suppurate	2.600		
Legatura della vena giugulare previa mastoidotomia	2.600		
Apertura di ascesso extradurale per via transmastoidea	2.600		
Idem di ascesso cerebrale	5.200		

Ghiandole salivari

Asportazione calcoli salivari	700
Incisione di accesso parotideo	550
Asportazione di ghiandola salivare sottomascellare	1.950

Laringe

Asportazione di neoformazioni benigne in laringoscopia	700
Asportazione di neoformazioni benigne in microlaringoscopia	1.100
Asportazione di corpo estraneo in laringoscopia	700
Incisione di accesso laringeo	550
Cordectomia	2.100
Laringectomia parziale	3.200
Interventi pre paralisi degli abduuttori	4.200

Trachea - Bronchi - Esofago

Tracheotomia	1.350
Broncoscopia con biopsia	1.100
Estrazione di corpi estranei tracheo-bronchiali	700
Esofagoscopia con biopsia	1.100

Collo (vedi Chirurgia Generale)

Asportazione di neoformazioni benigne	1.600
Intervento per laringocele	850
Asportazione di diverticolo esofageo	2.600
Esofagotomia cervicale	3.700
Asportazione di linfonodo	1.350
Cisti della tiroide	2.100
Tiroidectomia parziale	2.400
Svuotamento sottomandibolare	2.400
Svuotamento laterocervicale	2.400
Chiusura di faringostoma	700
Chiusura di fistola esofagea	1.600
Chiusura di tracheostoma	650
Plastiche laringotracheali	2.100
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	1.600
Asportazione cisti o tumori benigni mandibola	850
Emimandibolectomia	3.200
Resezioni mandibolari con riparazione protesica	3.200
Ricostruzione dell'articolazione della mandibola	1.600
Operazione asettica sull'articolazione della mandibola	3.200
Apertura di un'articolazione purulenta della mandibola	700
Osteotomia di frattura mandibolare o mascellare dopo guarigione dislocata	1.000
Reposizione operativa di una frattura della mandibola o della mascella e fissazione con filo metallico	1.350
Reposizione o ritenzione progressiva di una frattura mandibolare o mascellare con cerchiaggio metallico o applicazione di ganci alle ossa o viti, o simili	2.600
Interventi demolitivi per via transmandibolare	2.600
Interventi demolitivi transmandibolari con ricostruzione plastica con lembi cutanei	2.600
Interventi demolitivi trasmandibolari con ricostruzione plastica con lembi miocutanei	2.600
Reposizione e bendaggio della lussazione della mandibola	400
Emiresezione di mascella o mandibola	4.200
Emiresezione di mascella o mandibola con svuotamento radicale delle zone linfatiche	5.200
Resezione di tutta la mascella o mandibola	4.700
Resezione temporanea dei rami nervosi della mandibola	1.350

INTERVENTI CHIRURGICI NON**CONTEMPLATI****DAL PRESENTE ELENCO**

Per gli interventi chirurgici non contemplati dal presente elenco si fa riferimento al:
 "D.P.R. del 17.02.1992: TARIFFA MINIMA DEGLI ONORARI PER LE PRESTAZIONI MEDICO CHIRURGICHE"

La somma assicurata sarà uguale a quella di altro intervento chirurgico previsto nel presente elenco per il quale, nel D.P.R., è stabilita uguale tariffa minima.

ALLEGATO 2**SALA OPERATORIA (DIRITTI E SPESE) e MATERIALI DI INTERVENTO**

Descrizione	Importi espressi inEuro
Per intervento sino a Euro 1.000	300
Per intervento da Euro 1.001 a Euro 2.500	550
Per intervento da Euro 2.501 a Euro 5.000	850
Per intervento da Euro 5.001 a Euro 7.500	1.350
Per intervento oltre Euro 7.500	2.000

ALLEGATO 3**ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI****GRANDI INTERVENTI**

Si considerano "Grandi Interventi" gli interventi chirurgici caratterizzati dall'impiego di tecniche operative particolari e complesse; più precisamente ai fini della presente Garanzia si considerano "Grandi Interventi" quelli di seguito indicati:

CRANIO

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali

FACCIA e BOCCA

Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario

- Interventi demolitori per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne Resezione Parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

COLLO

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

TORACE

- Resezioni segmentarie e lobotomia
- Pneumectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi del polmone
- Interventi per fistole bronchiali - cutanee
- Pleuropneumectomia
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale

CHIRURGIA TORACICA

- Pericardiectomia parziale o totale
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei al cuore
- Atriosettostomia per asportazione dei grossi vasi
- Derivazioni Aorto-polmonari
- Correzione di coartazione aortica
- Interventi per fistole artero-venose del polmone
- Legatura e resezione del dotto di Botallo
- Operazione per embolia della arteria polmonare
- Interventi a cuore aperto
- Bypass aorto-coronarico
- Commissurotornia (per stenosi mitralica)

ESOFAGO*(vedere anche otorinolaringoiatria)*

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne e megaesofago
- Idem per tumori, resezioni parziali basse-alte e totali
- Esofagoplastica
- Reintervento per megaesofago

STOMACO - DUODENO

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

INTESTINO

- Colectomia totale
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia

RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addomino perineale in un tempo o in più tempi
- Resezione anteriore retto-colica

FEGATO

- Resezione epatica
- Epatico coledotomia
- Papillotomia per via transduodenale
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari
- Deconnessione azygos-portale per via addominale

PANCREAS - MILZA

- Intervento per necrosi acuta del pancreas
- Intervento per cisti e pseudocisti
- Enucleazione delle cisti
- Marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas
 - a) totale o della testa
 - b) della coda
- Anastomosi porta-cava spleno-renale, mesenterico-cava

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO**CENTRALE E PERIFERICO**

- Asportazione di neoplasie endocraniche o di aneurismi
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Operazioni per encefalomeningocele
- Talamotomia - pallidotomia ed altri interventi similari
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per esportazione di neoplasie, cordotomie radicotomie ed altre affezioni meningomidollari
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Emisferectomia

SIMPATICO E VAGO

Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici

Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale

CHIRURGIA VASALE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachio-cefalico, aorta ed iliache

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocele
- Idrocefalo ipersecretivo
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e Tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Arteria congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Torace a imbuto e torace carenato
- Ernia diaframmatica
- Stenosi congenita del piloro
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale:
 - resezione con anastomosi primitiva
 - atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- Mega uretere:
 - resezione con reimpianto
 - resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida meningocele, o mielomeningocele, mielocistocele

ARTICOLAZIONI

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescico-rettale
- Estrofia della vescica e derivazione
- Cistostomia totale ureterosigmoidostomia
- Uretero-ileonastomosi (o colon)
- Nefrectomia allargata per tumori
- Nefro-ureteromia totale
- Surrenelectomia

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia

GINECOLOGIA

- Pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno

OTORINOLARINGOIATRIA

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- Laringe Laringectomia totale
- Faringolaringectomia
- Orecchio Antro-atticotomia

TRAPIANTO D'ORGANO

Tutti

Consigli utili in caso di Sinistro

Per ottenere un rapido Indennizzo dei danni è necessario:

Inviare per raccomandata o presentare la denuncia del Sinistro, entro tre giorni da quando è avvenuto il fatto, **all'Agenzia della Società** presso la quale è stata stipulata la Polizza.

La denuncia deve contenere i seguenti dati:

- numero della Polizza;
- ragione sociale del Contraente;
- generalità dell'Assicurato colpito dal Sinistro;
- cause che hanno determinato l'evento.

Allegare certificazione medica/sanitaria dalla quale risulti:

- diagnosi;
- prognosi;
- data insorgenza della Malattia o dell'Infortunio;
- regione anatomica colpita;
- data Ricovero ed Istituto di cura;

nonché, se già disponibili all'atto della denuncia (in caso contrario, invio successivo):

- analisi di laboratorio;
- esami diagnostici;
- radiografie;
- Cartella Clinica.

Pagamento dell'Indennizzo

La Società ha la facoltà di sottoporre l'Assicurato agli accertamenti e controlli medici che riterrà necessari per completare l'istruttoria della pratica.

L'Assicurato, dal canto suo, dovrà sottoporsi alle visite e controlli di cui sopra.

Rimborso Spese di Cura

Se le prestazioni di cura sono state erogate da una struttura sanitaria privata inviare all'Agenzia della Società, a cure terminate, tutti i documenti giustificativi in originale, delle spese sanitarie sostenute unitamente alla Cartella Clinica (che non sia già stata trasmessa in precedenza).

Rimborso forfetario

Se le Prestazioni di cura sono state erogate da una struttura sanitaria pubblica inviare all'Agenzia della Società, a cure terminate, la Cartella Clinica (che non sia già stata trasmessa in precedenza).

N.B. Per questa prestazione è consentito presentare la denuncia di Sinistro al momento in cui si entra in possesso della Cartella Clinica.

Assistenza

Non è assolutamente necessaria la denuncia scritta. E' sufficiente, infatti, telefonare:

- al numero verde **800/250514**
- oppure al numero urbano **011 - 6523200** - dall'estero **++39 011 6523200** della centrale Operativa, in funzione 24 ore su 24, la quale fornirà tutte le informazioni per usufruire delle prestazioni di assistenza richieste
- oppure se non può telefonare può inviare un fax al n. **011 65 86 52**
- o un telex al **225365 PAS TO I**
- o un telegramma a
PRONTO ASSISTANCE SERVIZI
Via Carlo Marengo, 25
10126 TORINO

Sia che si telefoni, sia che si scriva, si deve sempre comunicare:

- numero della Polizza e sigla **FASS**;
- generalità del Contraente;
- generalità dell'Assicurato che richiede l'assistenza;
- cause che hanno determinato l'evento;
- tipo di assistenza richiesto;
- indirizzo e numero telefonico del luogo in cui reperire l'Assicurato durante l'assistenza.

**GRUPPO
FONDIARIASAI**

FONDIARIA - SAI S.p.A.
Sede Legale e Direzione Torino
10126 - Corso Galileo Galilei, 12
Direzione Firenze 50129 - Via Lorenzo il Magnifico, 1
www.fondaria-sai.it
Capitale sociale € 494.731.136,00
Numero di iscrizione al Registro delle Imprese di
Torino, Codice Fiscale e Partita I.V.A. 00918570012.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni
(art. 65 R.D.L. 29-4-1923 N.968) - Iscritta alla Sez. I
dell'Albo Imprese presso l'Isvap al n. 1.00006 - Società
capogruppo del gruppo assicurativo Fondaria-SAI,
iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 030

**GRUPPO
FONDIARIASAI**

**GRUPPO
SAI
FONDIARIA**
divisione
FONDIARIA

FONDIARIA-SAI S.p.A.
SEDE IN TORINO
AGENZIA DELLE ENTRATE
UFFICIO DI TORINO 3
TASSA DI ASSICURAZIONE
COMPENSATIVA DI
QUELLA DI BOLLO