

# Polizza Salute (Banca Nazionale del Lavoro S.p.A.)



DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni  
Compagnia: Rappresentanza Generale per l'Italia di Cardif Assurances Risques Divers

Prodotto: UNICA BNL

Edizione Marzo 2021 (ultima edizione disponibile)

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

Che tipo di assicurazione è?

Polizza UNICA BNL è un'Assicurazione individuale multigaranzia che copre i danni derivanti da Infortunio e Malattia. Tutte le Garanzie sono opzionali, tranne la Garanzia Assistenza che è sempre automaticamente abbinata alle Garanzie SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA, INDENNITÀ e INFORTUNI.



Che cosa è assicurato?

## SPESE MEDICHE

(I massimali s'intendono per Assicurato e per Anno Assicurativo)

### Prestazioni Ospedaliere In SSN (Servizio Sanitario Nazionale)

- ✓ Indennità per Ricovero con/senza Intervento chirurgico/Day Hospital con/senza Intervento chirurgico in SSN
  - ✓ Ricovero con/senza Intervento chirurgico : Indennità di 80 € al giorno con un limite massimo di Indennizzo di 200 giorni
  - ✓ Day Hospital con/senza Intervento chirurgico : Indennità di 40 € al giorno con un limite massimo di Indennizzo di 200 giorni
- ✓ Indennità per Ricovero con Intervento chirurgico su neonati in SSN
  - ✓ Ricovero con Intervento chirurgico : Indennità di 80 € al giorno con un limite massimo di Indennizzo di 200 giorni
- ✓ Rimborso ticket per Intervento chirurgico ambulatoriale in SSN: Massimale 2.000 €
- ✓ Rimborso ticket pre e post Ricovero con/senza Intervento chirurgico /Day Hospital con/senza Intervento chirurgico /Intervento chirurgico ambulatoriale: Massimale 2.000 € e con un limite di rimborso pari a: 90 giorni prima e 90 giorni dopo

### Prestazioni extraospedaliere

- ✓ Alta Specializzazione: Massimale 2.500 €
- ✓ Accertamenti diagnostici: Massimale 500 €
- ✓ Ticket SSN per analisi di laboratorio: Massimale 100 €
- ✓ Visite specialistiche: Massimale 100 € per Visita specialistica massimo 2 Visite specialistiche

## CLINICA PRIVATA

(I massimali s'intendono per Assicurato e per Anno Assicurativo)

- ✓ Ricovero con/senza Intervento chirurgico/Day Hospital con/senza Intervento chirurgico/Intervento chirurgico ambulatoriale
  - ✓ Massimale Pagamento Diretto e Rimborsuale: in entrambi i casi 250.000 €
  - ✓ Prestazioni pre-Ricovero e post-Ricovero: rispettivamente 90 giorni prima e dopo del Ricovero con/senza Intervento chirurgico/Day Hospital con/senza Intervento chirurgico/Intervento chirurgico ambulatoriale + 200 euro/gg per le Rette di Degenza
- ✓ Prestazione Parto cesareo e Aborto spontaneo/terapeutico
  - ✓ Massimale Pagamento Diretto e Rimborsuale: in entrambi i casi 2.500 €
  - ✓ Prestazioni pre-Ricovero e post-Ricovero: rispettivamente 90 giorni prima e dopo del Parto cesareo e Aborto spontaneo/terapeutico
- ✓ Parto fisiologico
  - ✓ Massimale Pagamento Diretto e Rimborsuale : in entrambi i casi 1.500 €
  - ✓ Prestazioni pre-Ricovero e post-Ricovero: rispettivamente 90 giorni prima e dopo del Parto fisiologico
- ✓ Neonato
  - ✓ Massimale Pagamento Diretto e Rimborsuale: in entrambi i casi 20.000 €
  - ✓ Prestazioni pre-Ricovero e post-Ricovero: rispettivamente 90 giorni prima e dopo del Ricovero con Intervento chirurgico, Day Hospital con Intervento chirurgico/Intervento chirurgico ambulatoriale

## INDENNITÀ

- ✓ Indennizzo in caso di Intervento chirurgico/Day Hospital con Intervento chirurgico/Intervento chirurgico ambulatoriale calcolato in base alla Classe di appartenenza dell'intervento chirurgico: Classe I: 1.000 €; Classe II: 3.000 €; Classe III: 10.000 €

## INFORTUNI

- ✓ Invalidità permanente da Infortunio: massimale pari a 100.000 €
- ✓ Diaria da ricovero a seguito di Infortunio: Indennizzo pari a una Diaria di 50 € a notte con un limite massimo di 30 giorni
- ✓ Diaria da convalescenza a seguito di Infortunio: Indennizzo pari a una Diaria di 50 € per ogni giorno di convalescenza
- ✓ Diaria da gessatura a seguito di Infortunio: Indennizzo pari a una Diaria di 50 € a notte con un limite massimo di 30 giorni

## DENTAL

✓ Prestazioni tabellarizzate di Emergenza Odontoiatrica e Prevenzione Odontoiatrica:

- ✓ Pagamento Diretto: gratuite per l'Assicurato
- ✓ Pagamento Rimborsuale: rimborso secondo tabella prevista in Polizza

## ASSISTENZA

Organizzata in 4 aree di bisogno: Medical Assistance (inclusi i Servizi Innovativi), Temporary Medical Care, Personal Care e Family Care. Prevedono un mix di prestazioni con singoli massimali e limiti temporali.

All'interno dell'APP UNICA BNL l'Assicurato può avvalersi anche di servizi di Digital Care quali il videoconsulto medico e il Libretto Sanitario digitale.



### Che cosa NON è assicurato?

Sono previste limitazioni soggettive legate alla residenza/domicilio del Contraente/Assicurato.

- ✗ Contraente che non ha un conto corrente di Banca Nazionale del Lavoro/Hello Bank!;
- ✗ Assicurato con età superiore ai 64 anni al momento della sottoscrizione;
- ✗ Numero di Assicurati per Polizza superiore a 6;
- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V e sindromi correlate con o senza AIDS;
- ✗ Nucleo familiare diverso da quello definito in Polizza, ovvero: Persone fisiche facenti parte del medesimo Stato di Famiglia dell'Assicurato Principale e che rispetto a quest'ultimo siano il coniuge, l'unito civilmente, il convivente di fatto o i relativi figli di ciascuno di essi.



### Ci sono limiti di copertura?

Ogni Garanzia può essere sottoposta a esclusioni, franchigie, limiti di indennizzo e termini di Carenza.

#### Principali esclusioni relative alle Garanzie SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA e INDENNITÀ

- ! i trattamenti e le prestazioni effettuate e/o fatturate successivamente al termine dell'efficacia delle Garanzie, salvo il caso di Ricovero a condizione che abbia avuto inizio durante il periodo di efficacia. In tal caso le Prestazioni sono operanti fino alla data di dimissione dall'Istituto di Cura;
- ! le degenze per finalità di Lungodegenza, soggiorno, Convalescenza o di terapie termali, ancorché nell'ambito di Istituto di Cura;
- ! le spese relative a vaccini, prestazioni in genere aventi finalità di prevenzione, check-up, screening o controllo periodico.

#### Principali esclusioni relative alla Garanzia INFORTUNI

L'Assicurazione non è operante per i Sinistri occorsi nello svolgimento delle seguenti Attività professionali:

- ! manipolazione di esplosivi o materiale pirotecnico; trasporto di esplosivi; lavoro che preveda il trattamento di materiale radioattivo; lavoro presso raffinerie;
- ! detenzione, uso o manipolazione di armi;
- ! lavoro in corpi militari, di polizia e vigili del fuoco, limitatamente ai servizi esterni non d'ufficio; esercitazioni, incarichi o missioni effettuati a seguito di richiamo dal congedo.

#### Principali esclusioni relative alla Garanzia DENTAL

- ! i trattamenti e le Prestazioni odontoiatriche non effettuati da medici odontoiatri professionisti regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- ! i trattamenti e le Prestazioni effettuati e/o fatturati successivamente al termine dell'efficacia delle Prestazioni;
- ! tutte le Prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza della Polizza o durante il periodo di Carenza.

#### Principali esclusioni relative alla Garanzia ASSISTENZA

- ! alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- ! guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, insurrezioni, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- ! dolo dell'Assicurato o colpa grave.



### Dove vale la copertura?

- ✓ Per le Garanzie SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA, INDENNITÀ, INFORTUNI e DENTAL in tutto il mondo senza limiti territoriali;
- ✓ Per la Garanzia ASSISTENZA si rinvia alle singole Prestazioni, che sono operanti in tutto il mondo, salvo singole limitazioni territoriali.

Salvo il caso di "pericolo di vita", la Garanzia Assistenza non copre gli Eventi che colpiscono Assicurati designati terroristi o sottoposti a misure nazionali, internazionali, dell'Unione Europea o statunitense e non opera in Paesi sottoposti a misure di embargo totale e/o verso Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region") ad oggi Cuba, Iran, Nord Corea, Siria e Regione Crimea/Sebastopoli e Venezuela.



### Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto devi compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative, il Modulo di Polizza e se necessario il Questionario Sanitario, prestando molta attenzione a quanto riportato nella modulistica. Al momento della sottoscrizione del contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, soprattutto sul tuo stato di salute. È necessario comunicare alla Compagnia eventuali trasferimenti di residenza/domicilio fuori dall'Italia. Hai l'obbligo di comunicare alla Compagnia se hai perso nel corso della durata dell'Assicurazione, uno o più requisiti che devono permanere ai sensi di

polizza.

In caso di Malattia, Infortunio o parto, se scegli di usufruire di una struttura o di un medico convenzionato con la Struttura Operativa della Compagnia, devi contattare preventivamente la Struttura Operativa.

Se invece scegli di usufruire di una struttura o di un medico non convenzionato con la Struttura Operativa della Compagnia, devi chiedere il rimborso delle spese che hai anticipato, presentando la documentazione richiesta. Se invece hai scelto di ricorrere al Servizio Sanitario Nazionale o a strutture con esso convenzionate, devi presentare la documentazione medica e la Cartella Clinica e chiedere l'erogazione dell'indennità sostitutiva ed il rimborso delle spese sostenute prima e dopo il Ricovero stesso.

Per usufruire dei servizi di Assistenza, devi contattare la Struttura Organizzativa.

In caso di Sinistro devi comunicare alla Compagnia l'accaduto nei tempi e modi dalla stessa indicati, consegnare tutta la documentazione necessaria e attenerti alle eventuali ulteriori indicazioni fornite.

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Cardif, fornire alla stessa ogni informazione attinente e produrre la documentazione medica del caso. Inoltre l'Assicurato e, se del caso, i suoi familiari devono consentire la visita dei medici incaricati da Cardif e qualsiasi indagine o accertamento che siano ritenuti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso. In tutti i casi la spesa relativa alla documentazione medica o referti di esami strumentali che l'Assicurato deve produrre resta a suo carico, mentre sono a carico di Cardif eventuali visite medico-legali richieste presso un proprio fiduciario e o accertamenti da questa disposti per verificare la fondatezza delle informazioni allo stesso comunicate.

Hai l'obbligo di dare comunicazione scritta a Cardif di ogni aggravamento o diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da Cardif possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.



#### **Quando e come devo pagare?**

Il Premio è annuo e anticipato. Il pagamento del Premio avviene mediante autorizzazione, per tutta la durata del contratto, all'addebito in conto corrente intrattenuto esclusivamente presso una delle filiali di Banca Nazionale del Lavoro o Hello Bank!. Il pagamento effettuato secondo tale modalità costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza del pagamento del Premio dovuto. Il Contraente può optare per un pagamento in un'unica soluzione oppure frazionare il Premio mensilmente; tale scelta è modificabile anche nel corso dell'Assicurazione.



#### **Quando comincia la copertura e quando finisce?**

L'Assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Modulo di Polizza, fatto salvo l'eventuale termine di Carenza e se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti, se alle scadenze convenute il Contraente non paga i Premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della rata non pagata e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento; resta inteso che al momento della riattivazione dell'Assicurazione verranno addebitati i Premi relativi al periodo di sospensione, ferme le successive scadenze.

L'Assicurazione cessa in caso di:

- decesso del Contraente;
- sopravvenienza delle seguenti affezioni dell'Assicurato: alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V e sindromi correlate con o senza AIDS;
- perdita dei requisiti di residenza e domicilio del Contraente/Assicurato;
- dichiarazioni inesatte o reticenti, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia;
- esercizio del diritto di ripensamento da parte del Contraente o del diritto di recesso da parte della Compagnia;
- aggravamenti del rischio non noti o non accettati da Cardif;
- compimento da parte dell'Assicurato del 75° anno di età; se ciò avviene durante il periodo di validità del contratto a seguito di tacito rinnovo, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annuale successiva.



#### **Come posso disdire la polizza?**

In mancanza di disdetta, da comunicarsi tra le Parti almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, l'Assicurazione si rinnova per un ulteriore anno e così di seguito. Per esercitare tale diritto, il Contraente dovrà inviare alla Compagnia disdetta attraverso raccomandata A/R, fax o e-mail.

# Polizza Salute (Banca Nazionale del Lavoro S.p.A.)



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

Cardif Assurances Risques Divers

Prodotto: UNICA BNL

Edizione Marzo 2021 (ultima edizione disponibile)

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

[Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.](#)

Cardif Assurances Risques Divers S.A., con sede sociale in Francia a Parigi - 1, boulevard Haussman 75009, Registro commercio Parigi B 308 896 574, soggetta all'autorità di vigilanza del mercato francese Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Operante in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in Milano Piazza Lina Bo Bardi n. 3, cap 20124, iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero I.00011 e autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D. M. del 27.02.1989; P.I., C.F. e numero iscrizione del Registro delle Imprese di Milano 08916500153; tel. 02.77224.1; sito internet: [www.bnpparibascardif.it](http://www.bnpparibascardif.it) email: [servizioclienti@cardif.com](mailto:servizioclienti@cardif.com); pec: [cardifrd@pec.cardif.it](mailto:cardifrd@pec.cardif.it)

Cardif Assurances Risques Divers ha un Patrimonio Netto pari a 332,066 Milioni di Euro di cui 21,602 Milioni di Euro è il Capitale Sociale e 310,464 Milioni di Euro è il totale delle Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità Solvency II è pari a 140% e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili (pari a 628 Milioni di Euro) e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità dell'Azienda richiesto dalla normativa vigente (pari a 448 Milioni di Euro) come indicato nella Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile al seguente link: <https://www.bnpparibascardif.com/documents/583427/1161606/2018+-+SFCR+Cardif+Assurances+Risques+Divers.pdf>

**Al contratto si applica la legge italiana**



## Che cosa è assicurato?

L'impegno dell'Impresa è rapportato ai Massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

### 1. SPESE MEDICHE

La garanzia consente all'Assicurato di ottenere, per le Prestazioni mediche e specialistiche di cui ha usufruito, il rimborso delle spese sostenute in caso di Prestazioni extraospedaliere, Intervento chirurgico ambulatoriale, spese prima e dopo Prestazioni ospedaliere oppure il pagamento di una Indennità giornaliera. Per le Prestazioni extraospedaliere l'Assicurato può optare per il Pagamento Diretto o per il Pagamento Rimborsuale. Per gli Interventi chirurgici ambulatoriali viene rimborsato il Ticket sanitario.

### 2. CLINICA PRIVATA

La Garanzia consente all'Assicurato di ottenere il rimborso delle spese sostenute per le Prestazioni mediche e sanitarie di cui ha usufruito privatamente. L'Assicurato può optare per il Pagamento Diretto o per il Pagamento Rimborsuale.

### 3. INDENNITÀ

La Garanzia consente all'Assicurato di ricevere una Indennità qualora sia stato sottoposto ad un Intervento chirurgico incluso tra quelli previsti nell'Allegato 1 "Classificazione degli interventi chirurgici in classi".

### 4. INFORTUNI

La garanzia consente all'Assicurato di ricevere una Indennità in caso di un Infortunio dal quale abbia riportato una Invalidità Permanente, nonché una diaria in caso di Ricovero, Convalescenza o Gessatura.

### 5. DENTAL

La Garanzia copre le spese relative alle Prestazioni odontoiatriche previste nelle Condizioni di Assicurazione ricevute dall'Assicurato a seguito di Emergenza odontoiatrica, nonché le spese di Prevenzione anch'esse previste dalle Condizioni di Assicurazione. L'Assicurato può optare per il Pagamento Diretto o per il Pagamento Rimborsuale.

### 6. ASSISTENZA

All'attivazione di una o più garanzie di cui ai precedenti punti da 1 a 4 (con esclusione quindi del caso di acquisto della sola garanzia DENTAL) viene sempre automaticamente abbinata l'attivazione della Garanzia Assistenza. La Garanzia consente all'Assicurato e alla sua famiglia di avere a disposizione una serie di Prestazioni di Assistenza, consistenti in un immediato aiuto in caso situazioni di particolare difficoltà, anche in viaggio ed anche in caso di Ricovero. All'interno dell'APP UNICA BNL l'Assicurato può avvalersi anche di Servizi di Digital Care quali il videoconsulto medico e il libretto Sanitario digitale.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
<b>OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO</b>	
<b>Riduzione del Premio</b>	<p>Nei seguenti casi la Compagnia riconosce al Contraente i seguenti sconti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sconto numero Assicurati Aggiuntivi</b></li> </ul> <p>Al Premio imponibile relativo a ciascun Assicurato Aggiuntivo inserito in copertura verrà applicato uno sconto pari al 50%;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sconto numero Garanzie</b></li> </ul> <p>Qualora si opti per l'attivazione di più Garanzie, la Compagnia riconosce al Contraente uno sconto sul Premio imponibile che va dal 10% al 25%, in base al numero di garanzie aggiunte.</p> <p>La Garanzia Assistenza non rileva al fine del calcolo del numero delle Garanzie attivate.</p>
<b>OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO</b>	
<b>Premio aggiuntivo</b>	Non sono previste opzioni di Premio aggiuntivo.

 <b>Che cosa NON è assicurato?</b>	
<b>Rischi esclusi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il Contraente, qualora persona fisica, che non ha la propria residenza/domicilio in Italia; il Contraente, qualora persona giuridica, che non ha sede legale in Italia;</li> <li>• Il Contraente persona fisica, oppure il suo Titolare effettivo qualora sia una persona giuridica, o gli Assicurati che siano cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America;</li> <li>• L'Assicurato che non ha il proprio domicilio e residenza abituale in Italia;</li> <li>• Il Contraente persona fisica, oppure il suo Titolare effettivo qualora sia una persona giuridica, o gli Assicurati che fanno parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC – Office of Foreign Assets Control &gt; <a href="http://www.treasury.gov">www.treasury.gov</a>);</li> <li>• Il Titolare effettivo del Contraente, in caso esso sia una persona giuridica, residente o domiciliato in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America;</li> <li>• Il Contraente che intrattiene rapporti economici o commerciali, diretti o indiretti, con persone fisiche residenti/domiciliati nei Paesi MSC &amp; Region, che ad oggi sono Siria, Cuba, Iran, Nord Corea e Regione Crimea/Sebastopoli oppure con persone giuridiche aventi sede negli stessi Stati o loro società/entità controllate o partecipate;</li> <li>• Relativamente alle garanzie <b>SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA e INDENNITÀ</b>, sono escluse le Prestazioni Sanitarie rese necessarie da: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Malattie preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché relative complicanze, conseguenze (dirette e indirette);</li> <li>◦ Infortuni occorsi precedentemente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché relative conseguenze (dirette o indirette), postumi e complicanze.</li> </ul> </li> </ul>

 <b>Ci sono limiti di copertura?</b>											
<b>SPESE MEDICHE</b>											
<b>Prestazioni ospedaliere in SSN</b>											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Prestazione</th> <th>Scoperto / Franchigia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Indennità per Ricovero con/senza Intervento chirurgico o Day Hospital con/senza Intervento chirurgico in SSN</td> <td>Nessuno</td> </tr> <tr> <td>Indennità per Ricovero con Intervento chirurgico su neonati in SSN</td> <td>Nessuno</td> </tr> <tr> <td>Rimborso ticket per Intervento chirurgico ambulatoriale in SSN</td> <td>Nessuno</td> </tr> <tr> <td>Rimborso ticket pre e post - Ricovero con/senza Intervento chirurgico, Day Hospital con/senza Intervento chirurgico o Intervento chirurgico ambulatoriale</td> <td>Nessuno</td> </tr> </tbody> </table>	Prestazione	Scoperto / Franchigia	Indennità per Ricovero con/senza Intervento chirurgico o Day Hospital con/senza Intervento chirurgico in SSN	Nessuno	Indennità per Ricovero con Intervento chirurgico su neonati in SSN	Nessuno	Rimborso ticket per Intervento chirurgico ambulatoriale in SSN	Nessuno	Rimborso ticket pre e post - Ricovero con/senza Intervento chirurgico, Day Hospital con/senza Intervento chirurgico o Intervento chirurgico ambulatoriale	Nessuno	
Prestazione	Scoperto / Franchigia										
Indennità per Ricovero con/senza Intervento chirurgico o Day Hospital con/senza Intervento chirurgico in SSN	Nessuno										
Indennità per Ricovero con Intervento chirurgico su neonati in SSN	Nessuno										
Rimborso ticket per Intervento chirurgico ambulatoriale in SSN	Nessuno										
Rimborso ticket pre e post - Ricovero con/senza Intervento chirurgico, Day Hospital con/senza Intervento chirurgico o Intervento chirurgico ambulatoriale	Nessuno										
<b>Prestazioni extraospedaliere</b>											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Prestazione</th> <th>Scoperto / Franchigia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alta Specializzazione</td> <td>Pagamento diretto: Scoperto 20% minimo 25 €; Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo 50 €; Ticket SSN: nessuno</td> </tr> <tr> <td>Accertamenti diagnostici (esclusi accertamenti di Alta</td> <td>Pagamento diretto: Scoperto 20% minimo 25 €; Pagamento Rimborsuale:</td> </tr> </tbody> </table>	Prestazione	Scoperto / Franchigia	Alta Specializzazione	Pagamento diretto: Scoperto 20% minimo 25 €; Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo 50 €; Ticket SSN: nessuno	Accertamenti diagnostici (esclusi accertamenti di Alta	Pagamento diretto: Scoperto 20% minimo 25 €; Pagamento Rimborsuale:					
Prestazione	Scoperto / Franchigia										
Alta Specializzazione	Pagamento diretto: Scoperto 20% minimo 25 €; Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo 50 €; Ticket SSN: nessuno										
Accertamenti diagnostici (esclusi accertamenti di Alta	Pagamento diretto: Scoperto 20% minimo 25 €; Pagamento Rimborsuale:										

Prestazione	Scoperto / Franchigia
Specializzazione e le analisi di laboratorio)	Scoperto 20% minimo 50 €; Ticket SSN: nessuno
Ticket SSN per analisi di laboratorio	Nessuno
Visite specialistiche	Pagamento Diretto o Rimborsuale: Scoperto 20%, Ticket SSN: nessuno

## CLINICA PRIVATA

### Ricovero, Day Hospital con o senza Intervento chirurgico e Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione	Scoperto / Franchigia
Ricovero con/senza Intervento chirurgico	Pagamento Diretto: nessuno Pagamento; Rimborsuale: Scoperto 20% minimo 1.000 €
Day Hospital con Intervento chirurgico	Pagamento Diretto: Franchigia 200 €; Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo 1.000 €
Day Hospital senza Intervento chirurgico	Pagamento Diretto: Franchigia 200 €; Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo 1.000 €
Intervento chirurgico ambulatoriale	Pagamento Diretto: Franchigia 200 €; Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo 1.000 €
Parto cesareo e Aborto spontaneo o Aborto terapeutico	Nessuno
Parto fisiologico	Nessuno
Neonato	Nessuno

## INFORTUNI

La garanzia Invalidità permanente prevede la seguente Franchigia:

IP accertata	da 1% a 5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	da 20% a 24%
Indennizzo	nessuno	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	Pari alla % di IP accertata

IP accertata	41%	42%	43%	44%	45%	46%	47%	48%	49%	50%	51%	52%	53%	54%	55%	56%	57%	58%	59%	da 60% a 100%
Indennizzo	43%	46%	49%	52%	55%	58%	61%	64%	67%	70%	73%	76%	79%	82%	85%	88%	91%	94%	97%	100%

In aggiunta a quanto indicato nel Dip Danni, per le Garanzie SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA e INDENNITÀ sono presenti le seguenti esclusioni:

- le spese relative a prestazioni di agopuntura, logopedia;
- le spese relative a prestazioni sanitarie di qualsiasi natura, non corredate dall'indicazione della Malattia, sia essa sospetta o accertata, nonché quelle effettuate per motivi di sola familiarità o per predisposizione genetica. Sono esclusi test genetici;
- le spese sostenute presso strutture diverse da Istituti di Cura e Centri medici;
- le prestazioni effettuate da medici o professionisti sanitari non iscritti al relativo Albo professionale, ad eccezione dell'Assistenza infermieristica e i Trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- le spese oltre il limite e i Massimali indicati e quanto non espressamente indicato;
- i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina alternativa o complementare o non convenzionale e Sperimentale;
- qualsiasi Malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'H.I.V., nonché le Malattie sessualmente trasmesse;
- gli Infortuni, le Malattie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose, compiute o tentate;
- le prestazioni necessarie a seguito di lesioni autoinflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o legittima difesa;
- gli Infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);
- gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezione, tumulto popolare, aggressione o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;

- le conseguenze di qualsiasi Atto di terrorismo;
- le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- le applicazioni di carattere estetico;
- i trattamenti e gli Interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici), salvo che siano effettuati, a scopo ricostruttivo:
  - anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
  - a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
- a seguito di Interventi chirurgici demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna;
- i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie mentali e i disturbi psichici in genere. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
- l'interruzione volontaria della gravidanza, diversa da Aborto terapeutico;
- le cure e gli accertamenti odontoiatrici, le protesi dentarie e le cure ortodontiche rese necessarie a seguito di Malattia o Infortunio; le cure ed Interventi chirurgici per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla Data di Decorrenza della Polizza, nonché le Malattie ad esse correlate;
- le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli Interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
- la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
- i disturbi alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, gli Interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi impiantate in caso di Ricovero e Day Hospital con Intervento chirurgico;
- i trattamenti e le prestazioni non necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia od Infortunio;
- le spese per lenti ed occhiali;
- le spese di viaggio e dell'accompagnatore;
- i Ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (Ricoveri impropri).

#### **INFORTUNI**

**In aggiunta a quanto indicato nel Dip Danni l'Assicurazione non è operante per i Sinistri occorsi nello svolgimento delle seguenti Attività professionali:**

- lavoro ad altezze superiori a 10 metri; attività di demolizione di edifici; lavori nel sottosuolo (es. cave, miniere, pozzi, gallerie, cisterne, serbatoi, ecc.), attività speleologica; lavori su piattaforme offshore o in alto mare in genere; attività subacquee (es. palombaro, sommozzatore);
- attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore; attori e ballerini;
- lavoro di guida di alta montagna;
- attività sportiva (gare, prove e relativi allenamenti).

**Sono inoltre esclusi gli Infortuni accaduti durante le seguenti circostanze o condizioni:**

- Infortuni già verificatisi alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata e non, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, l'occupazione militare e l'invasione;
- Sinistri che siano diretta conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine per motivi non terapeutici o dello stato di ebbrezza;
- Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di velivolo:
  - non in qualità di passeggero;
  - non di voli di linea regolari, esercitato ad esempio da aeroclub o società private di lavoro aereo;
- Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o radioattività, comunque sviluppatasi;
- Sinistri derivanti da sostanze biologiche, chimiche o energia nucleare, utilizzate per finalità di terrorismo;
- Sinistri conseguenti alla guida di veicoli o natanti a motore senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta, qualora l'Assicurato possa dimostrare di essere stato, al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo;
- Infortuni subiti nella pratica di gare, e relative prove/ allenamenti, di sci alpino, snowboard, calcio, ciclismo, equitazione, svolte sotto l'Egida delle competenti Federazioni, da parte di Assicurati ad esse tesserati, salvo che per il caso di Invalidità permanente di grado almeno pari al 20%;
- pratica sportiva delle seguenti discipline: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai, di grado superiore al terzo della scala UIAA; arti marziali in genere; atletica pesante; bob; body building; bungee jumping; canyoning, (torrentismo); downhill bike; football americano; freeclimbing; hockey su ghiaccio o a rotelle; hydrospeed; immersioni con o senza autorespiratore; jet-ski; kite-surfing; lotta nelle sue varie forme; pugilato; rafting; regate o traversate in alto mare in solitaria; rugby; salto con sci o idrosci; sci d'acqua; sci o snowboard al di fuori di comprensori/stazioni sciistiche con impianti di risalita; skeleton; slittino; parkour; spedizioni esplorative; speleologia;
- pratica di sport aerei in genere e del volo di diporto e sportivo (es. ultraleggeri, paracadutismo, deltaplano, parapendio, volo a vela);
- partecipazione, anche come passeggero, a gare, corse, esibizioni di velocità o su pista, e relative prove, allenamenti, con qualsiasi

mezzo o natante a motore, salvo si tratti di regolarità pura;

- Infortuni che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- Interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche.

#### DENTAL

In aggiunta a quanto indicato nel Dip Danni, per la Garanzia Dental sono presenti le seguenti esclusioni:

- cura o trattamento medico odontoiatrico che non corrisponde alla definizione di Emergenza odontoiatrica o Prevenzione odontoiatrica;
- le Prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
- estrazioni di denti decidui (da latte);
- le conseguenze di atti violenti o aggressioni in cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'H.I.V. e a qualsiasi Malattia che abbia relazione con l'H.I.V.;
- Interventi chirurgici che richiedano anestesia generale o sedazione totale;
- trattamenti ortodontici, anche se associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o seguano l'Intervento chirurgico;
- Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le Malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni
- il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli Infortuni causati da azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato; imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eventi atmosferici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

#### ASSISTENZA

In aggiunta a quanto indicato nel Dip Danni, per la Garanzia Assistenza sono presenti le seguenti esclusioni:

- gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;
- sports aerei in genere, guida ed uso di deltaplani ed altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, paracadutismo, parapendii ed assimilabili, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, arrampicata libera (free climbing), Kite-surfing, immersioni con autorespiratore, sports comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, atti di temerarietà;
- Infortuni sofferti in conseguenza di Attività sportive svolte a titolo professionale, comunque non dilettantistiche (comprese gare, prove ed allenamenti);
- Malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniacodepressive e relative conseguenze/complicanze;
- Malattie preesistenti;
- espianto e/o trapianto di organi;
- abuso di alcolici o psicofarmaci nonché uso di stupefacenti e di allucinogeni;
- tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole Prestazioni.



### Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

#### Cosa fare in caso di sinistro?

#### Denuncia di sinistro:

In caso di Sinistro, l'Assicurato o chi per esso dovrà contattare, tempestivamente o non appena ne ha la possibilità, i seguenti numeri:

#### SERVIZIO CLIENTI

numero verde 800 900 515 (dall'Italia)  
numero nero +39 02 7722 4551(dall'estero)

I Sinistri relativi alle garanzie **SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA, INDENNITÀ e INFORTUNI** possono anche essere denunciati per iscritto alla Compagnia a mezzo e-mail, posta o fax ai seguenti recapiti:

Cardif c/o My Assistance Srl  
Via Raimondo Monte cuccoli, 20/1  
20146 Milano  
sinistri.cardif@myassistance.it

	<p style="text-align: center;"><b>Fax 02 871819753</b></p> <p>I Sinistri relativi alla garanzia <b>DENTAL</b> possono anche essere denunciati per iscritto alla Compagnia ai seguenti recapiti:</p> <p style="text-align: center;"><b>Cardif c/o My Assistance Srl</b>  <b>Via Raimondo Monte cuccoli, 20/1</b>  <b>20146 Milano</b>  <b>dental.cardif@myassistance.it</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Fax 02 871819753</b></p> <p>Ai fini della liquidazione dei Sinistri, l'Assicurato dovrà fornire a Cardif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia della carta di identità</li> <li>• Copia dello Stato di Famiglia</li> <li>• IBAN cui bonificare l'importo da pagare ai sensi della Prestazione interessata dal Sinistro</li> <li>• La documentazione prevista dalle Condizioni di Assicurazione nonché ogni altra documentazione necessaria e sufficiente a verificare il diritto all'Indennizzo.</li> </ul> <p>Relativamente alle Garanzie <b>SPESE MEDICHE (solo in caso di extraospedaliere)</b>, <b>CLINICA PRIVATA e DENTAL</b>, l'Assicurato ha la possibilità di richiedere il <b>Pagamento Diretto</b> oppure il <b>Pagamento Rimborsuale</b>.</p> <p><b>Pagamento Diretto:</b>  Per accedere alle Prestazioni con Pagamento Diretto, con erogazione quindi delle Prestazioni sanitarie da parte del Network Sanitario Convenzionato, l'Assicurato deve sempre preventivamente contattare il Servizio Clienti inviando la seguente documentazione:</p> <p><u>1. in caso di extra-ospedaliere prescrizione compilata dal medico di base o dallo specialista che specifichi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la Prestazione;</li> <li>• patologia accertata o presunta;</li> <li>• data d'insorgenza della patologia o dei disturbi che rendono necessarie le Prestazioni;</li> <li>• tipo di Prestazione da eseguire (es. vista ortopedica, ecografia addome completo etc.) in caso di Prestazioni extraospedaliere.</li> </ul> <p><u>2. in caso di Prestazione ospedaliera compilata dal medico di base o dallo specialista che specifichi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la Prestazione;</li> <li>• patologia accertata o presunta;</li> <li>• data d'insorgenza della patologia o dei disturbi che rendono necessarie le Prestazioni;</li> <li>• regime in cui verrà eseguita la Prestazione (es. Ricovero, Day Hospital, Intervento chirurgico ambulatoriale):</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. se con Intervento chirurgico: dovrà essere riportato l'intervento chirurgico da eseguire oppure;</li> <li>2. se senza Intervento chirurgico, dovrà essere riportato l'iter diagnostico e terapeutico;</li> <li>3. per i soli Interventi chirurgici ambulatoriali di asportazione, dovrà essere specificato il tipo di lesione, la sede e le dimensioni;</li> </ol> <p><u>3. referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio, in caso di Prestazione resa necessaria da Infortunio.</u></p> <p>La Struttura Operativa si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario, ai fini della valutazione dell'autorizzazione alla prestazione diretta.</p> <p><b>Gestione da parte di altre imprese:</b>  I Sinistri relativi alla garanzia <b>ASSISTENZA</b> sono gestiti dalla Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. con Sede legale in Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da medici, tecnici e operatori specializzati, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.</p> <p><b>Prescrizione:</b>  I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il Sinistro.</p>
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Le dichiarazioni inesatte o reticenti, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
<b>Obblighi dell'impresa</b>	Cardif si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 giorni dalla data di ricezione di tutta la documentazione prevista, comprese eventuali integrazioni.



### Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	Il Premio è indicato nel Modulo di Polizza e comprende l' imposta di Assicurazione. Il Premio può essere corrisposto con frazionamento mensile o annuale.
<b>Rimborso</b>	Il rimborso del Premio avviene al netto delle imposte nei seguenti casi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• perdita dei requisiti di assicurabilità;</li> <li>• esercizio del diritto di ripensamento.</li> </ul>

### Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	<p>La Polizza ha durata annuale ed è stipulata con la clausola del tacito rinnovo.</p> <p>Relativamente alle garanzie <b>SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA e INDENNITÀ</b> la copertura assicurativa sarà operante ed effettiva:</p> <p>a) per gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;</p> <p>b) per le Malattie della garanzia <b>SPESE MEDICHE e CLINICA PRIVATA</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Prestazioni ospedaliere" dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;</li> <li>• "Prestazioni extraospedaliere" dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.</li> </ul> <p>c) per il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;</p> <p>d) per le conseguenze di Malattie insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula del contratto, sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipula: dal 180° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;</p> <p>e) per le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'Aborto spontaneo o terapeutico: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione stessa;</p> <p>f) relativamente alla garanzia <b>INDENNITÀ</b> la copertura assicurativa sarà operante ed effettiva dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.</p> <p>Relativamente alla garanzia <b>DENTAL</b> la copertura assicurativa sarà operante ed effettiva:</p> <p>a) per le Prestazioni di Emergenza odontoiatrica dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;</p> <p>b) per le Prestazioni di Prevenzione odontoiatrica: dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.</p> <p>Relativamente alla garanzia <b>ASSISTENZA</b> la copertura assicurativa sarà operante dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione.</p> <p>Trascorsi i suddetti termini di Carenza, se l'Assicurato richiederà Prestazioni Sanitarie per Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami clinici per la prima volta durante il termine di Carenza, se coperte ai termini di Polizza, la Compagnia le rimborserà secondo le modalità prevista dalle Condizioni di Assicurazione.</p>
<b>Sospensione</b>	Non è prevista la possibilità di sospendere le Garanzie.

### Come posso disdire la polizza?

<b>Ripensamento dopo la sottoscrizione</b>	<p>Puoi recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza compilando l'apposito modulo disponibile presso le Filiali BNL ovvero dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata AR, fax o tramite email ai seguenti recapiti:</p> <p style="text-align: center;"><b>Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita</b>  <b>Casella Postale 550</b>  <b>20123 Milano (MI)</b>  <b>Fax: 02 30329809</b>  <b>email: lineapersone@cardif.com</b></p> <p>Cardif provvede alla restituzione del Premio versato al netto delle imposte al Contraente entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso.</p> <p>Il ripensamento determina la cessazione delle coperture assicurative dalla Data di Decorrenza, precludendo pertanto all'origine il decorso e l'efficacia delle coperture offerte dalla Compagnia, la quale non sarà tenuta a corrispondere alcun Indennizzo per i fatti occorsi fino al momento del recesso. La denuncia di Sinistro, in pendenza del termine di ripensamento, implica la rinuncia al diritto medesimo.</p>
<b>Risoluzione</b>	Cardif può esercitare formale disdetta dal contratto a mezzo lettera raccomandata A/R da inviarsi entro 30 giorni dalla scadenza annuale all'indirizzo indicato dal Contraente sul Modulo di Polizza (o altro diverso indirizzo comunicato a Cardif durante la durata del Contratto). Cardif può inoltre recedere dall'Assicurazione se l'Assicurato entra a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o

internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > [www.treasury.gov](http://www.treasury.gov)).



## A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è dedicato a tutti i clienti persone fisiche e persone giuridiche con un conto corrente presso Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. o Hello Bank! interessati a proteggere l'Assicurato Principale e/o, qualora lo desiderasse, uno o più familiari di quest'ultimo, in caso di Infortunio e/o Malattia, di Ricovero Ospedaliero e/o per Interventi chirurgici e/o di Cure Dentarie e Assistenza.



## Quali costi devo sostenere?

### Costi di intermediazione

- 30% del Premio netto versato per l'Assicurato Principale (il più anziano)
- 25% del Premio netto versato per gli Assicurati Aggiuntivi

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	<p>È possibile presentare reclamo a Cardif per iscritto, mediante posta, a mezzo telefax o e-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente recapito:</p> <p style="text-align: center;"><b>Cardif – Ufficio Reclami</b> <b>Piazza Lina Bo Bardi, 3 - 20124 Milano</b> <b>e-mail: <a href="mailto:reclami@cardif.com">reclami@cardif.com</a></b> <b>fax 02 7722 4265</b></p> <p>È possibile inoltrare reclamo anche utilizzando il web-form presente sul sito internet della Compagnia <a href="http://www.bnpparibascardif.it">www.bnpparibascardif.it</a>.</p> <p>La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>
<b>All'IVASS</b>	<p>Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro ad opera della Compagnia nel termine sopraindicato, potrà rivolgersi all'IVASS a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS:</p> <p style="text-align: center;"><b>IVASS - Servizio tutela del consumatore</b> <b>Via del Quirinale 21 - 00187 Roma</b> <b><a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a></b> <b>fax 06 4213 3206</b></p> <p>Per la stesura del reclamo presentato all'IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> e sul sito della Compagnia <a href="http://www.bnpparibascardif.it">www.bnpparibascardif.it</a> nella sezione dedicata ai reclami.</p> <p>L'autorità di vigilanza del paese di origine della Compagnia è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), alla quale è possibile inviare il reclamo seguendo le indicazioni del sito: <a href="http://acpr.banque-france.fr/en/protection-delaclientele/comment-contacter-lacp.html">http://acpr.banque-france.fr/en/protection-delaclientele/comment-contacter-lacp.html</a></p>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):</b>	
<b>Mediazione (obbligatoria)</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98).
<b>Negoziazione assistita (facoltativa)</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un collegio arbitrale composto da tre medici. I membri del collegio arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il collegio. Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.</li><li>• Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile sul sito <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">www.ec.europa.eu/fin-net</a> - chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.</li></ul>

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

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

CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS - Rappresentanza Generale per l'Italia

# POLIZZA UNICA BNL

**PROTEZIONE SALUTE**

**Mod.SNFBNL0321**

Edizione 03/2021

*La copertura assicurativa è facoltativa. Prima della sottoscrizione leggere attentamente  
le Condizioni di Assicurazione redatte secondo le Linee guida del Tavolo tecnico di lavoro "Contratti Semplici e Chiari"*



**CARDIF**  
GRUPPO BNP PARIBAS

[bnpparibascardif.it](http://bnpparibascardif.it)

# Indice

<b>La Polizza in sintesi</b> .....	<b>1 di 1</b>
<b>Condizioni di Assicurazione</b> .....	<b>1 di 67</b>
<b>Glossario</b> .....	<b>1 di 67</b>
<b>Norme che regolano le Garanzie Assicurative</b> .....	<b>5 di 67</b>
Art. 1. Cosa e chi copre l'Assicurazione? .....	5 di 67
Art. 2. Chi si può assicurare? .....	5 di 67
Art. 3. A quali condizioni operano le Garanzie Assicurative? .....	6 di 67
Art. 4. Come stipulare l'Assicurazione? .....	7 di 67
Art. 5. Quali sono le prestazioni delle Garanzie Assicurative? .....	8 di 67
Art. 6. Quali eventi sono esclusi dalle Garanzie Assicurative? .....	29 di 67
Art. 7. Quanto durano le Garanzie Assicurative? .....	32 di 67
Art. 8. Chi è il beneficiario delle Garanzie Assicurative? .....	34 di 67
Art. 9. Come si calcola e come si paga il Premio? .....	34 di 67
Art. 10. Cosa succede in caso di modifica del Premio e delle Condizioni di Assicurazione? .....	35 di 67
Art. 11. Dove valgono le Garanzie Assicurative? .....	36 di 67
Art.12. Si può recedere dall'Assicurazione? .....	36 di 67
Art. 13. In quali casi il Premio può essere restituito dalla Compagnia? .....	37 di 67
Art. 14. Quali obblighi ulteriori ha l'Assicurato? .....	37 di 67
Art. 15. Cosa succede in caso di dichiarazioni inesatte o incomplete? .....	37 di 67
Art. 16. Come comunicare con la Compagnia? .....	37 di 67
Art. 17. Cosa fare in caso di altre Garanzie Assicurative per il medesimo rischio? .....	38 di 67
Art. 18. È possibile cedere o trasferire a terzi le Garanzie Assicurative o altri diritti di Polizza? .....	38 di 67
Art. 19. Oneri .....	38 di 67
Art. 20. Quale legge si applica? .....	38 di 67
Art. 21. Quale è il foro competente in caso di controversia? .....	38 di 67
<b>Gestione del Sinistro</b> .....	<b>39 di 67</b>
Art. 22. Come si denuncia un Sinistro? .....	39 di 67
Art. 23. Quando sarà pagato l'Indennizzo? .....	42 di 67
<b>Reclami</b> .....	<b>43 di 67</b>
Art. 24. A chi inviare un eventuale reclamo? .....	43 di 67
<b>Protezione dei dati personali</b> .....	<b>43 di 67</b>
Art. 25. Protezione dei dati personali .....	44 di 67
<b>Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento di Polizza UNICA BNL</b> .....	<b>48 di 67</b>
<b>Tabella di Variazione del Premio relativo alle Garanzie "Spese Mediche" e "Clinica Privata" della Polizza UNICA BNL</b> .....	<b>49 di 67</b>
<b>ALLEGATO 1 - Classificazione degli Interventi chirurgici in classi</b> .....	<b>51 di 67</b>
<b>ALLEGATO 2 - Tabella delle Invalidità (INAIL)</b> .....	<b>65 di 67</b>
<b>ALLEGATO 3 - Tabella di valutazione delle Menomazioni dell'acutezza Visiva (INAIL Industria)</b> .....	<b>67 di 67</b>



## La Polizza in sintesi

Il prodotto "UNICA BNL" è una polizza facoltativa che offre protezione a tutela della salute di tutta la famiglia in caso d'Infortunio e Malattia. Nei limiti indicati nelle Condizioni di Assicurazione, consente all'Assicurato di ricevere il rimborso di quanto speso per le Prestazioni Sanitarie, nonché un Indennizzo per le Prestazioni Sanitarie, interventi chirurgici o Infortuni, oltre a specifiche forme di Assistenza. Inoltre, permette all'Assicurato di affidarsi ad una rete convenzionata di Istituti di Cura, Centri Medici e odontoiatrici e medici specialisti, per ottenere le cure necessarie una volta ottenuta l'autorizzazione della Compagnia. All'interno dell'APP UNICA BNL sono disponibili anche i servizi di Digital Care, ovvero il videoconsulto medico e il libretto sanitario digitale.

Che cos'è

### Le Garanzie offerte dal prodotto, una per una

"UNICA BNL" dà la possibilità di attivare, al momento della sottoscrizione o successivamente, tutte od alcune delle Garanzie Assicurative opzionali di seguito indicate per proteggere fino a un massimo di 6 Assicurati (dello stesso Nucleo Familiare qualora il contraente sia una persona fisica):

1. **Spese Mediche:** a scelta dell'Assicurato, la Compagnia paga direttamente, o rimborsa, le spese sostenute per le Prestazioni Sanitarie oppure paga un Indennizzo giornaliero.
2. **Clinica Privata:** a scelta dell'Assicurato, la Compagnia paga direttamente, o rimborsa, le spese per le Prestazioni Sanitarie di cui l'Assicurato ha beneficiato a pagamento.
3. **Indennità:** la Compagnia paga all'Assicurato un Indennizzo in caso di intervento chirurgico rientrante tra quelli coperti per la presente garanzia.
4. **Infortuni:** la Compagnia paga all'Assicurato un Indennizzo in caso d'Infortunio dal quale derivi una Invalidità Permanente, nonché una Diaria in caso di Ricovero, Convalescenza o Gessatura.
5. **Dental (emergenza e prevenzione):** la Compagnia paga direttamente, o rimborsa, le spese sostenute per Prestazioni Sanitarie di tipo dentistico-odontoiatrico, siano esse di emergenza o di prevenzione.
6. **Assistenza:** la Compagnia presta un aiuto immediato all'Assicurato in caso situazioni di particolare difficoltà, anche in viaggio o in caso di Ricovero.

Chi e cosa copre

**In caso di attivazione di una o più Garanzie Assicurative - diverse dalla "Dental" indicata al punto 5. - viene automaticamente abbinata anche l'Assistenza indicata al punto 6.**

### AVVERTENZA: Leggi attentamente le Condizioni di Assicurazione

Questa pagina di sintesi illustra l'Assicurazione e le relative Garanzie in modo immediato e sintetico, ma non ha valore contrattuale e, quindi, non sostituisce né integra le Condizioni di Assicurazione, che sono solo quelle previste negli articoli di seguito riportati. Per aiutare la lettura delle Condizioni di Assicurazione, sarà talvolta indicato il simbolo "Da tenere a mente". Invitiamo a fare riferimento al Glossario in cui sono riportate con l'iniziale maiuscola le definizioni dei termini utilizzati nelle Condizioni di Assicurazione.

In caso di Sinistro o per ottenere Informazioni sull'Assicurazione  
numero verde 800 900 515 oppure dall'estero +39 02 77 22 4551  
dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 e il sabato dalle 9.00 alle 13.00

 Da tenere a mente

## Glossario

### **Aborto spontaneo**

Interruzione prematura di una gravidanza per cause naturali.

### **Aborto terapeutico**

Interruzione volontaria di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, al fine di preservare la salute della gestante o per evitare lo sviluppo del feto affetto da gravi malformazioni/ patologie.

### **Anno Assicurativo**

Periodo continuativo di 12 mesi in cui l'Assicurazione è attiva; il primo Anno Assicurativo inizia alle ore 24:00 della Data di Decorrenza.

### **Assicurato Aggiuntivo**

Assicurato persona fisica inclusa nello stesso Nucleo Familiare dell'Assicurato Principale ma di età più giovane.

### **Assicurato Principale**

Assicurato persona fisica più anziana d'età rispetto agli altri Assicurati inclusi in copertura.

### **Assicurato**

Assicurato Principale e Assicurati Aggiuntivi che sono protetti dall'Assicurazione.

### **Assicurazione**

Contratto sottoscritto dal Contraente con il quale la Compagnia presta le Garanzie Assicurative.

### **Assistenza**

Aiuto immediato, in natura o altra forma, dato all'Assicurato in difficoltà a causa di un evento accidentale attraverso la Struttura Organizzativa di Assistenza.

### **Attività extraprofessionali**

Qualunque attività svolta dall'Assicurato non avente carattere di professionalità.

### **Attività professionali**

Attività lavorativa, continuativa, ricorrente o abituale, dell'Assicurato, tramite la quale quest'ultimo produce un reddito o percepisce una retribuzione.

### **Attività sportiva professionale**

Attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione delle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività

dilettantistica da quella professionistica.

### **Banca**

Banca Nazionale del Lavoro S.p.A./Hello Bank! (BNL).

### **Carenza**

Periodo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza in cui l'efficacia di alcune Garanzie Assicurative è sospesa.

### **Cartella Clinica**

Documento scritto durante il Ricovero sotto la responsabilità della Direzione Sanitaria, con le generalità del paziente, la diagnosi, storia clinica, le terapie e gli interventi chirurgici fatti, gli esami e il diario clinico e la scheda di dimissione ospedaliera.

### **Centro Medico**

Struttura (non finalizzata a trattamenti di natura estetica) regolarmente autorizzata dalle competenti autorità a rendere Prestazioni Sanitarie diagnostiche o terapeutiche.

### **Compagnia**

Cardif Assurances Risques Divers S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia, società soggetta a direzione e coordinamento di BNP Paribas Cardif.

- Rappresentanza Generale per l'Italia: Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano;
- Sede legale: 1, boulevard Haussman 75009 Parigi (Francia);
- P. IVA, CF e iscrizione al Reg. Imprese di Milano: 08916500153;
- Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: I.00011;
- Autorizzata con D.M. del 27.02.1989.

### **Condizioni di Assicurazione**

Clausole contrattuali che regolano le Garanzie Assicurative.

### **Contraente**

Persona fisica o giuridica - titolare e/o contitolare di un conto corrente presso la Banca - che stipula l'Assicurazione e paga il Premio.

### **Convalescenza**

Il periodo successivo alla dimissione dall'Istituto di Cura necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.

### **Data di Decorrenza**

Data indicata sul Modulo di Polizza dalla quale le coperture sono efficaci.

### **Day Hospital**



Ricovero dell'Assicurato senza pernottamento con redazione di Cartella Clinica ed eventuale intervento chirurgico (cd. day surgery). La permanenza in pronto soccorso non è considerata Day Hospital.

#### **Diaria**

Somma pagata dalla Compagnia per ogni giorno di Ricovero, Convalescenza o Gessatura dopo un Infortunio.

#### **Emergenza odontoiatrica**

Cure o Prestazioni odontoiatriche urgenti coperti dalla presente Assicurazione derivanti da evento imprevisto o improvviso. Tali eventi sono esclusivamente da riferirsi ad infezioni, ascessi, carie, pulpiti, infiammazioni o emorragie.

#### **Evento**

Accadimento che può comportare la denuncia di uno o più sinistri correlati. Più precisamente:

- **per le Prestazioni ospedaliere:** il singolo Ricovero, il singolo Day Hospital o Intervento chirurgico ambulatoriale. La data dell'Evento è quella in cui è iniziato il Ricovero o il Day Hospital o in cui è stato effettuato l'Intervento chirurgico ambulatoriale;
- **per le Prestazioni extraospedaliere:** l'insieme di tutte le Prestazioni sanitarie riguardanti una specifica Malattia, o uno specifico Infortunio o parto denunciate con lo stesso invio a Cardif e relativi alla stessa Prestazione. La data dell'Evento è quella della prima Prestazione Sanitaria erogata;
- **per la Garanzia "Infortuni",** la data dell'Infortunio;
- **per la Garanzia "Dental",** la data della Prestazione erogata.

#### **Franchigia**

Importo fisso relativo a un Sinistro che resta a carico dell'Assicurato perché non pagato né rimborsato dalla Compagnia.

#### **Garanzie Assicurative**

Insieme delle garanzie "Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità", "Infortuni", "Dental" e "Assistenza" offerte dall'Assicurazione.

#### **Gessatura**

L'apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico.

#### **Indennizzo**

Somma pagata dalla Compagnia in caso di Sinistro coperto da alcune specifiche Garanzie Assicurative offerte dall'Assicurazione.

#### **Infortunio**

Incidente dovuto ad una causa accidentale, violenta e non dipendente dall'Assicurato, oppure da colpa/

negligenza grave dell'Assicurato che provoca danni fisici verificabili.

#### **Invalidità permanente**

Perdita o diminuzione, definitiva e irrimediabile, da parte dell'Assicurato, della capacità di svolgere qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione effettivamente svolta dall'Assicurato.

#### **Istituto di Cura**

Istituto universitario, ospedale, clinica o casa di cura, autorizzati a prestare assistenza ospedaliera tramite Ricovero o Day Hospital. Sono esclusi stabilimenti termali, centri benessere e strutture con prevalente finalità estetica o dietologica e quelle per Convalescenza o Lungodegenza.

#### **IVASS**

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di Assicurazione.

#### **Lungodegenza**

Ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono tali da costringere alla permanenza in Istituti di Cura per cure assistenziali o fisioterapia di mantenimento.

#### **Malattia improvvisa**

Si intende una malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e non sia una manifestazione di un precedente morbo dell'Assicurato.

#### **Malattia preesistente**

Malattia conosciuta e/o diagnosticata e/o che abbia dato origine a cure, esami clinici (strumentali e/o di laboratorio) o insorta secondo giudizio medico prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

#### **Malattia**

Peggioramento dello stato di salute, diverso dalla gravidanza, che non dipende da Infortunio.

#### **Massimale**

Importo massimo pagato dalla Compagnia in caso di Sinistro per ogni Anno Assicurativo.

#### **Medicina alternativa o complementare (MAC)**

Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omeopatia, osteopatia, chiropratica.

#### **Modulo di Polizza**

Documento firmato dal Contraente per stipulare l'Assicurazione.

#### **Network Convenzionato**

Rete di Istituti di Cura, Centri Medici o odontoiatrici, medici specialisti, professionisti medici e/o odontoiatri



che fornisce le Prestazioni Sanitarie in base a una convenzione con la Struttura Operativa della Compagnia.

#### **Nucleo familiare**

Persone elencate nello stato di famiglia dell'Assicurato Principale, più precisamente: marito/moglie, persona unita civilmente o convivente di fatto dell'Assicurato Principale o i figli di ciascuno di essi.

#### **Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region")**

S'intendono i Paesi sottoposti ad embargo totale che, salvo successivi aggiornamenti, ad oggi risultano essere Cuba, Iran, Nord Corea Siria, Regione Crimea/Sebastopoli.

#### **Pagamento Diretto**

Pagamento da parte della Compagnia - per conto dell'Assicurato - dei costi delle Prestazioni Sanitarie ricevute tramite il Network Convenzionato (sia l'Istituto di Cura che l'equipe sono convenzionati). Il Pagamento Diretto non include eventuali Scoperti, Franchigie o importi superiori al Massimale.

#### **Pagamento Rimborsuale/indiretto**

Rimborso da parte della Compagnia dei costi già pagati dall'Assicurato per le Prestazioni Sanitarie coperte dalle Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata" e "Dental" rese da strutture fuori dal Network Convenzionato. Il rimborso non include eventuali Scoperti, Franchigie o importi superiori al Massimale specifici per ogni Garanzia Assicurativa.

#### **Premio**

Somma che il Contraente paga alla Compagnia per avere diritto alle Garanzie Assicurative previste dall'Assicurazione.

#### **Presa in carico**

Atto effettuato dalla Struttura Operativa di avvio della procedura di Pagamento Diretto, in nome e per conto dell'Assicurato, delle spese indennizzabili per Prestazioni effettuate presso Centri di Cura convenzionati.

#### **Prestazione Sanitaria**

Cure, visite e altre forme di assistenza medico-sanitaria, diagnostica, terapeutica, dentistica od odontoiatrica a favore dell'Assicurato, tra cui, p.es., Ricoveri, Day Hospital, interventi chirurgici ambulatoriali e cure per una specifica Malattia o Infortunio, con esclusione di interventi o trattamenti con finalità estetica, secondo quanto precisato nelle Condizioni di Assicurazione.

#### **Prevenzione odontoiatrica**

Una serie di misure o azioni destinate a promuovere la salute orale che implicano procedure o servizi coperti dalla presente Assicurazione, indicate al fine di evitare la formazione di carie dentarie o malattie periodontali.

#### **Questionario Sanitario**

Documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato rilevante per le Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata" e "Indennità".

#### **Ricovero**

Degenza in Istituto di Cura - diversa dal Day Hospital - con almeno un pernottamento, certificato da Cartella Clinica e scheda di dimissione ospedaliera.

#### **Scoperto**

Percentuale delle spese sostenute in occasione di un Sinistro che rimane a carico dell'Assicurato perché non pagato né rimborsato dalla Compagnia.

#### **Servizio Clienti**

Struttura a cui l'Assicurato può rivolgersi per l'apertura e la gestione di un Sinistro.

#### **Sforzo**

Dispiego improvviso, anomalo e non comune, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale ed inaspettato.

#### **Sinistro**

Il verificarsi dell'Evento dannoso o stato di necessità coperti dall'Assicurazione.

#### **Sperimentale**

Si intendono tutti i farmaci, trattamenti medici o chirurgici per i quali non sono terminate le fasi di sperimentazione e non hanno ancora ricevuto l'approvazione dall'Ente preposto. Ai sensi di Polizza si equiparano a Sperimentali anche i farmaci, trattamenti medici o chirurgici che, seppur approvati, avvengono al di fuori delle condizioni di autorizzazione rilasciate dagli enti preposti per patologia, combinazione di più farmaci, popolazione o posologia.

#### **SSN**

Servizio Sanitario Nazionale.

#### **Struttura Operativa**

Struttura che fornisce assistenza telefonica all'Assicurato e provvede alla gestione dei sinistri relativi alle garanzie della presente Polizza, diversi da Assistenza. In relazione alle garanzie, la Struttura, che opera per conto di Cardif è: My Assistance s.r.l. - Via Monte cuccoli, 20/1 - 20147 Milano, relativamente alle garanzie "Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità", "Infortuni" e "Dental".

#### **Struttura Organizzativa di Assistenza**

Struttura di Europ Assistance Italia S.p.A., con Sede legale in Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da medici, tecnici e operatori specializzati, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno che gestisce i Sinistri e dà Assistenza in caso di attivazione della Garanzia Assicurativa "Assistenza".

#### **Surgical cash**



Indennità per interventi chirurgici resi necessari da  
Malattia o Infortunio.

La/e persona/e fisica/he che possiede/ono o controlla/no  
direttamente o indirettamente il Contraente persona  
giuridica.

**Titolare effettivo**



# Norme che regolano le Garanzie Assicurative

## Art. 1. Cosa e chi copre l'Assicurazione?

---

L'Assicurazione copre, nei limiti del Massimale e delle altre Condizioni di Assicurazione, le spese sostenute dagli Assicurati per Prestazioni Sanitarie e dà Assistenza, a seguito di Infortunio o Malattia attraverso una o più delle seguenti Garanzie Assicurative:

1. Spese Mediche;
2. Clinica Privata;
3. Indennità;
4. Infortuni;
5. Dental (emergenza e prevenzione);
6. Assistenza.

Il dettaglio delle condizioni e delle prestazioni incluse in ogni Garanzia Assicurativa è indicato all'Art. 5.

Tutte le Garanzie Assicurative elencate sopra sono opzionali a scelta del Contraente, tranne la Garanzia Assicurativa "Assistenza" al punto 6., che si attiva automaticamente quando il Contraente sceglie una o più Garanzie Assicurative indicate ai punti da 1. a 4. e quindi non può essere attivata da sola.

Ricorda inoltre che, le Garanzie Assicurative possono essere modificate in qualsiasi momento dalla Data di Decorrenza, se il Contraente è in regola con il pagamento dei Premi e possiede i requisiti indicati ai successivi Art. 2 e Art. 3.

Compilando l'apposito modulo di variazione in una delle filiali della Banca, si può inoltre:

- (i) aggiungere una o più Garanzie Assicurative non ancora sottoscritte, con effetto dalle ore 24:00 della data del modulo di variazione, fatto salvo il periodo di Carenza indicato al successivo Art. 7.1 ;  
oppure
- (ii) eliminare una o più Garanzie Assicurative già sottoscritte, con effetto dalla prima scadenza annuale successiva dell'Assicurazione.

Una volta aggiunte o modificate, le Garanzie Assicurative valgono per tutti gli Assicurati coperti dall'Assicurazione (massimo 6 Assicurati in totale).

## Art. 2. Chi si può assicurare?

---

### 2.1 Contraente e Assicurati

Può stipulare l'Assicurazione solo il Contraente - persona fisica o giuridica - che sia titolare e/o contitolare di un conto corrente presso la Banca. Al momento della stipulazione dell'Assicurazione, il Contraente può indicare:

- 1 Assicurato Principale in possesso dei requisiti indicati all'Art. 3; e
- fino a un massimo di 5 Assicurati Aggiuntivi, purché appartenenti allo stesso Nucleo Familiare dell'Assicurato Principale e in possesso dei requisiti indicati all'Art. 3.

Il Contraente, se persona fisica, può anche non essere tra i soggetti Assicurati.

Nel caso di Contraente persona giuridica, almeno 1 dei soggetti Assicurati deve essere dipendente dall'Azienda Contraente.

### 2.2 Variazione degli Assicurati

Se è in regola con il pagamento dei Premi, il Contraente può modificare in qualsiasi momento il numero degli Assicurati Aggiuntivi, sempre per un massimo di 6 Assicurati in totale, compilando l'apposito Modulo di variazione presso la Banca.

La modifica degli Assicurati Aggiuntivi ha effetto:

- dalle ore 24:00 della data indicata nel modulo di variazione, fatto salvo il periodo di Carenza indicato al successivo Art. 7.1, se si aggiungono uno o più Assicurati Aggiuntivi dello stesso Nucleo Familiare dell'Assicurato Principale che soddisfano i requisiti indicati all'Art. 3; e
- dalla prima scadenza annuale dell'Assicurazione, se diminuisce il numero degli Assicurati (escono dal Nucleo Familiare oppure il soggetto Assicurato perde il suo status di dipendente dell'Azienda Contraente).



In caso di modifica dovuta a:

- morte di un Assicurato (Principale o Aggiuntivo), Le Garanzie Assicurative continuano a operare fino alla prima scadenza annuale successiva dell'Assicurazione, dopodiché:
  - (i) se muore l'Assicurato Principale, l'Assicurazione si rinnova comunque, il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati, e il più anziano degli Assicurati Aggiuntivi viene considerato come nuovo Assicurato Principale. **In ogni caso, il nuovo Assicurato Principale e gli Assicurati Aggiuntivi devono appartenere allo stesso Nucleo Familiare e, nel caso di Contraente persona giuridica, almeno 1 dei soggetti Assicurati deve essere dipendente dell'Azienda Contraente;**
  - (ii) se muore l'Assicurato Aggiuntivo, l'Assicurazione si rinnova comunque e il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati;
- uscita di un Assicurato (Principale o Aggiuntivo) dal Nucleo Familiare oppure il soggetto Assicurato perde il suo status di dipendente dell'Azienda Contraente, le Garanzie Assicurative riferite a questo Assicurato continuano a operare fino alla prima scadenza annuale successiva dell'Assicurazione, dopodiché:
  - (i) se ad uscire è l'Assicurato Principale, il più anziano degli Assicurati Aggiuntivi viene considerato come nuovo Assicurato Principale;
  - (ii) se ad uscire è l'Assicurato Aggiuntivo l'Assicurazione si rinnova comunque e il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati.

**Ogni modifica degli Assicurati per decesso, uscita dal Nucleo Familiare o non più dipendente dell'Azienda Contraente, deve essere comunicata alla Compagnia tempestivamente e, in ogni caso, entro 30 giorni lavorativi, con le modalità previste all'Art. 16.**

### Art. 3. A quali condizioni operano le Garanzie Assicurative?

---

#### 3.1 Condizioni al momento della stipulazione

Oltre a quanto previsto dall'Art.2, è possibile stipulare l'Assicurazione ed essere coperti dalle Garanzie Assicurative solo se sono soddisfatti tutti questi requisiti:

- il Contraente ha la propria residenza e il proprio domicilio (se persona fisica) o sede legale (se persona giuridica) in Italia;
- il Contraente (se persona fisica), il Titolare Effettivo (se presente) o/e gli Assicurati non fanno parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC – Office of Foreign Assets Control > [www.treasury.gov](http://www.treasury.gov));
- il Titolare Effettivo (se presente) non è residente in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America;
- l'Assicurato è residente e domiciliato in Italia e non ha ancora compiuto 65 anni;
- per le Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata" e "Indennità" tutti gli Assicurati rispondono negativamente a tutte le domande del Questionario Sanitario e presentano una differenza tra altezza e peso pari o compresa tra 80 e 120 (tranne per i bambini con meno di 6 anni).

Ricorda che non possono in ogni caso essere assicurate, a prescindere dalle risposte del Questionario Sanitario o dalla specifica valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS. Se queste affezioni sopraggiungono durante l'Assicurazione, le Garanzie Assicurative cessano immediatamente per quello stesso Assicurato, e alla scadenza annuale successiva dell'Assicurazione:

- (i) l'Assicurazione si rinnova comunque e il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati;
- (ii) se la Malattia sopraggiunta riguarda l'Assicurato Principale, verrà considerato come nuovo Assicurato Principale il più anziano degli Assicurati Aggiuntivi.

I requisiti indicati sopra valgono anche in caso di sopravvenienza di predette situazioni dopo la stipulazione dell'Assicurazione.

#### 3.2 Condizioni in corso di Assicurazione

Dopo la stipulazione, l'Assicurazione opera solo se sono soddisfatti tutti questi requisiti:

- il Contraente resta in vita e mantiene la propria residenza e il proprio domicilio (se persona fisica) o sede legale (se persona giuridica) in Italia;
- gli Stati in cui il Titolare Effettivo (se presente) era residente al momento della stipulazione continuano a non essere sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti



d'America oppure gli Stati in cui il Titolare Effettivo trasferisce la residenza dopo la stipulazione non sono sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America;

- L'Assicurato mantiene la residenza e domicilio in Italia e non ha ancora compiuto 75 anni.

Quindi Contraente e Titolare Effettivo (se presente) devono comunicare tempestivamente e, in ogni caso, entro 30 giorni con i modi previsti all'Art. 16, la perdita di uno o più requisiti. Se la comunicazione è fatta in ritardo, la Compagnia può applicare una penale pari ai costi di gestione dell'Assicurazione nel periodo in cui non era a conoscenza della perdita del requisito.

Tranne l'eccezione di seguito indicata, le Garanzie Assicurative cessano dal momento della perdita del requisito e la Compagnia restituisce al Contraente una parte di Premio, come indicato all'Art. 13.

Se la perdita del requisito riguarda un Assicurato che compie 75 anni durante il periodo di Assicurazione, le Garanzie Assicurative riferite a quell'Assicurato cessano solo alla prima scadenza annuale successiva e:

- se si tratta dell'Assicurato Principale, l'Assicurazione si rinnova normalmente e il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati, considerando come nuovo Assicurato Principale il più anziano tra gli Assicurati Aggiuntivi rimasti; e
- se si tratta di un Assicurato Aggiuntivo, l'Assicurazione si rinnova normalmente ma il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati.

Le Garanzie Assicurative non operano per i Sinistri avvenuti dopo:

- la morte del Contraente;
- il trasferimento della residenza o domicilio o sede legale del Contraente fuori dall'Italia;
- la data di acquisizione, da parte del Contraente, del Titolare Effettivo (ove presente) o dell'Assicurato, della cittadinanza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America, o dopo l'applicazione di tali sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di cittadinanza originaria del Contraente, del Titolare Effettivo (ove presente) o dell'Assicurato;
- la data di acquisizione, da parte del Titolare Effettivo, della residenza in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America, o dopo l'applicazione di tali sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di residenza originaria del Titolare Effettivo;
- la data del trasferimento fuori dell'Italia della residenza o domicilio abituale dell'Assicurato.

In nessun caso la Compagnia potrà pagare importi a cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America o inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > [www.treasury.gov](http://www.treasury.gov)).

### 3.3 Informazioni e documentazioni integrative.

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriori informazioni e documentazione integrativa al fine di:

- verificare il rispetto della normativa in materia di sanzioni finanziarie (siano esse disposte dall'Unione Europea, dall'ONU, e dagli Stati Uniti d'America) e/o embarghi, ivi incluse le disposizioni restrittive dell'operatività nei confronti dei Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region") come tempo per tempo indicati (ad oggi Cuba, Iran, Nord Corea, Siria e Regione Crimea/Sebastopoli), dovendo inibire l'instaurazione di rapporti e/o l'operatività come per disposizioni normative applicabili alla Compagnia stessa;
- rispettare l'obbligo normativo di astenersi dall'instaurazione del rapporto assicurativo e/o il compimento di operazioni qualora emergano eventi impeditivi previsti dalle leggi vigenti e/o indicati a maggior rischio dalle disposizioni delle Autorità di settore anche europee (ad es. EIOPA-EBA-ESMA);
- qualora Contraente intrattenga rilevanti e/o continui rapporti economici o commerciali, siano essi intrattenuti in via diretta o indiretta, con soggetti residenti o entità costituite o domiciliate in Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region") come, tempo per tempo, indicati dalla normativa, oppure con società/entità da essi controllate o partecipate, la Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione per verificare la conformità alla normativa antiterrorismo e/o all'osservanza delle sanzioni finanziarie/embarghi.

#### Art. 4. Come stipulare l'Assicurazione?

---

Il Contraente deve firmare l'apposito Modulo di Polizza presso una delle filiali della Banca. Inoltre, ciascun Assicurato deve compilare e sottoscrivere il Questionario Sanitario ove previsto.



Se l'Assicurato è minorenne, il Questionario Sanitario deve essere firmato da chi ne ha la rappresentanza legale. L'Assicurazione si perfeziona con la firma del Modulo di Polizza.

#### Art. 5. Quali sono le prestazioni delle Garanzie Assicurative?

In caso di Sinistro, la Compagnia offre, a favore degli Assicurati, diverse forme di pagamento: Pagamento Diretto, Pagamento Rimborsuale, Indennizzo e/o Assistenza in base alla tipologia di Garanzia Assicurativa attivata, secondo quanto di seguito descritto.

**In taluni casi la Compagnia applica Massimali, Franchigie e Scoperti.**

**In presenza di un Massimale, lo Scoperto/Franchigia viene applicato sull'importo della spesa relativa alla Prestazione Sanitaria e, sulla parte rimanente, si applica il Massimale.**

Ricorda che:

- i Massimali sono diversi per ciascuna Garanzia Assicurativa e valgono per ogni singolo Assicurato e per anno Assicurato;
- lo Scoperto e la Franchigia si applicano per Evento.

Negli articoli che seguono sono riportate le caratteristiche delle Garanzie Assicurative.

#### 5.1 Garanzia Assicurativa "Spese Mediche"

La Garanzia Assicurativa offre all'Assicurato, a sua scelta, il Pagamento Diretto o il Pagamento Rimborsuale delle seguenti Prestazioni Sanitarie ricevute – in regime ospedaliero in SSN o extraospedaliero in SSN o privato – dalla Data di Decorrenza e durante il periodo di validità della stessa e trascorso il periodo di Carenza indicato all'Art. 7.1, in conseguenza di:

- Infortunio;
- Malattia o
- parto

con le esclusioni di cui all'Art.6 e con le Franchigie e gli Scoperti indicati al successivo Art.5.1.1.

In caso di Ricovero con/senza intervento chirurgico o Day Hospital con/senza intervento chirurgico in SSN viene corrisposta una Diaria.

### GARANZIA SPESE MEDICHE

Prestazione Sanitaria	Prestazione assicurativa della Compagnia
A) Prestazioni Sanitarie ospedaliere in SSN	<p><b>A.1) Indennizzo per Ricovero con/senza Intervento chirurgico o Day Hospital con/senza Intervento chirurgico in SSN</b> In caso di Ricovero con/senza Intervento chirurgico o Day Hospital con/senza Intervento chirurgico in un Istituto di Cura pubblico o privato convenzionato con il SSN, la Compagnia paga all'Assicurato un Indennizzo di:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• € 80 per ogni giorno di Ricovero (escluso il giorno di dimissione); e</li><li>• € 40 per ogni giorno di Day Hospital</li></ul> <p>per un massimo di 200 giorni per Anno Assicurato.</p> <p><b>A.2) Indennizzo per Ricovero con intervento chirurgico su neonati in SSN</b> In caso di Ricovero con intervento chirurgico per correggere malformazioni o difetti fisici nel primo anno di vita del neonato, presso un Istituto di Cura pubblico o privato convenzionato con il SSN, la Compagnia paga al genitore Assicurato un Indennizzo di:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• € 80 per ogni giorno di Ricovero del neonato (escluso quello di dimissione); e</li><li>• € 80 per ogni giorno di Ricovero del genitore Assicurato se ricoverato insieme al neonato</li></ul> <p>per un massimo di 200 giorni per Anno Assicurato. <b>Questa Garanzia Assicurativa opera se almeno uno dei due genitori è Assicurato.</b></p> <p><b>A.3) Rimborso ticket per intervento chirurgico ambulatoriale in SSN</b></p>



Prestazione Sanitaria	Prestazione assicurativa della Compagnia
	<p>In caso di intervento chirurgico ambulatoriale presso un Istituto di Cura pubblico o privato convenzionato con il SSN, la Compagnia rimborsa all'Assicurato il ticket pagato, <b>entro il Massimale di € 2.000 indicato all'Art.5.1.1.</b></p> <p><b>A.4) Rimborso ticket pre e post Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital con/senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale</b></p> <p>In caso di Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital con/senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale in un Istituto di Cura pubblico o privato convenzionato con il SSN, la Compagnia rimborsa all'Assicurato il ticket pagato, <b>entro il Massimale di € 2.000 indicato all'Art.5.1.1, per le spese relative a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• accertamenti diagnostici e visite specialistiche, fatti nei 90 giorni prima del Ricovero con/senza intervento chirurgico, del Day Hospital con/senza intervento chirurgico o dell'intervento chirurgico ambulatoriale;</li> <li>• accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), trattamenti fisioterapici e rieducativi fatti nei 90 giorni dopo la fine del Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital con/senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale, purché resi direttamente necessari dall'Evento che ha determinato il Ricovero, Day Hospital o l'intervento chirurgico ambulatoriale stesso.</li> </ul> <p><b>Sono escluse le visite di medicina generale e le visite pediatriche di controllo periodico.</b></p>
<p><b>B) Prestazioni Sanitarie extra-ospedaliere</b></p>	<p><b>B.1) Alta Specializzazione</b></p> <p>La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale - le spese per queste Prestazioni Sanitarie, entro il Massimale di € 2.500 e le limitazioni indicate all'Art. 5.1.1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diagnostica di Alta Specializzazione:</b> amniocentesi (oltre il 35° anno di età o in caso di rischio genetico comprovato del feto), angiografia digitale, artrografi, broncografia, cistografia, colangiografia, colangiografia percutanea, colecistografia, coronarografia, dacriocistografia, fistelografia, flebografia, fluorangiografia, galattografia, isterosalpingografia, linfografia, mielografia, retinografia, risonanza magnetica nucleare (rmn) con o senza mezzo di contrasto, scialografia, scintigrafia, splenoportografia, tomografia assiale computerizzata (tac) con o senza mezzo di contrasto, tomografia ad emissione di positroni (pet), urografia, vescicolodeferentografia;</li> <li>• <b>Terapie attinenti patologie oncologiche:</b> chemioterapia, cobaltoterapia, radioterapia;</li> <li>• <b>Terapie:</b> dialisi, laserterapia fotodinamica a scopo terapeutico;</li> <li>• <b>Endoscopie senza biopsia:</b> broncoscopia, colonscopia, duodenoscopia, esofagoscopia, gastroscopia, rettoscopia.</li> </ul> <p><b>B.2) Accertamenti diagnostici</b></p> <p>La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale - le spese per questi accertamenti diagnostici, entro il Massimale di € 500 e le limitazioni indicate all'Art. indicati all'Art. 5.1.1.</p> <p><b>Questa Garanzia Assicurativa non copre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestazioni Sanitarie già incluse nella sezione "B.1) Alta Specializzazione";</li> <li>• analisi di laboratorio;</li> <li>• accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da Infortunio;</li> <li>• Infortuni non documentati da verbale di pronto soccorso o certificazione medica con relativa documentazione di supporto (p.es: radiografica, ecografia, etc.).</li> </ul> <p><b>B.3) Ticket SSN per analisi di laboratorio</b></p> <p>La Compagnia rimborsa all'Assicurato l'importo del ticket pagato per esami di laboratorio fatti presso un Istituto di Cura pubblico o privato convenzionato con il SSN, <b>entro il Massimale di € 100 indicato all'Art.5.1.1.</b></p>



Prestazione Sanitaria	Prestazione assicurativa della Compagnia
	<p><b>B.4) Visite specialistiche</b>            La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale - le spese per visite specialistiche, <b>entro il Massimale di € 100 per visita specialistica per un massimo di 2 visite specialistiche e secondo le limitazioni indicate all'Art. 5.1.1.</b>  <b>Questa Garanzia Assicurativa non copre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visite di medicina generale, pediatriche di controllo periodico e odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio;</li> <li>• Infortuni non documentati da verbale di pronto soccorso o certificazione medica con relativa documentazione di supporto (p.es: radiografica, ecografia, etc.).</li> </ul>

### 5.1.1 Massimali, Scoperti e Franchigie Garanzia Assicurativa "Spese Mediche"

#### A.) Prestazioni Sanitarie ospedaliere in SSN

Prestazione Sanitaria	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
A.1) Indennizzo per Ricovero con/senza Intervento chirurgico o Day Hospital con/ senza Intervento chirurgico in SSN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricovero: Indennizzo di € 80 al giorno</li> <li>• Day Hospital: Indennizzo di € 40 al giorno</li> <li>• Limite massimo: 200 giorni</li> </ul>	Nessuno
A.2) Indennizzo per Ricovero con intervento chirurgico su neonati in SSN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricovero: Indennizzo di € 80 al giorno</li> <li>• Limite massimo: 200 giorni</li> </ul>	Nessuno
A.3) Rimborso ticket per intervento chirurgico ambulatoriale in SSN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massimale € 2.000</li> </ul>	Nessuno
A.4) Rimborso ticket pre e post Ricovero con/ senza intervento chirurgico, Day Hospital con/ senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massimale € 2.000</li> <li>• Limite rimborso: 90 giorni prima e 90 giorni dopo</li> </ul>	Nessuno

#### B.) Prestazioni Sanitarie extraospedaliere

Prestazione Sanitaria	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
B.1) Alta Specializzazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massimale € 2.500</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagamento Diretta: Scoperto 20% minimo € 25</li> <li>• Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo € 50</li> <li>• Ticket SSN: nessuno</li> </ul>
B.2) Accertamenti diagnostici (esclusi accertamenti di cui al punto B.1) e analisi di laboratorio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massimale € 500</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagamento Diretta: Scoperto 20% minimo € 25</li> <li>• Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo € 50</li> <li>• Ticket SSN: nessuno</li> </ul>
B.3) Ticket SSN per analisi di laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massimale € 100</li> </ul>	Nessuno
B.4) Visite specialistiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massimale € 100 per visita specialistica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagamento Diretto o Rimborsuale: Scoperto 20%</li> </ul>



Prestazione Sanitaria	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
	• Massimo 2 Visite specialistiche	• Ticket SSN: nessuno

## 5.2 Garanzia Assicurativa "Clinica Privata"

La Garanzia Assicurativa offre all'Assicurato, a sua scelta, il Pagamento Diretto o il Pagamento Rimborsuale delle seguenti Prestazioni Sanitarie ricevute a pagamento in un Istituto di Cura privato o pubblico, dalla Data di Decorrenza e durante il periodo di validità della stessa e trascorso il periodo di Carenza indicato all'Art. 7.1, in conseguenza di:

- Infortunio;
- Malattia; o
- parto

con le esclusioni di cui all'Art.6 e con le Franchigie e gli Scoperti indicati all'Art.5.2.1.

### GARANZIA CLINICA PRIVATA

Prestazione Sanitaria	Prestazione Assicurativa della Compagnia
A) Ricovero con/ senza intervento chirurgico, Day Hospital (con/senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale) fatti privatamente	<p><b>A.1) Ricovero con/senza intervento chirurgico</b>            La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed <b>entro i Massimale e Franchigie e Scoperti indicati all'Art. 5.2.1</b> - le spese per queste Prestazioni Sanitarie:</p> <p>(i) gli onorari dell'equipe (risultanti dal referto operatorio), i diritti di sala operatoria e i materiali di intervento (comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento);            (ii) durante il periodo del Ricovero, l'assistenza medica e infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali e, solo in caso di Ricovero con intervento chirurgico, anche i trattamenti fisioterapici e rieducativi;            (iii) la retta di degenza, <b>con esclusione delle spese voluttuarie</b>;            (iv) gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche fatti <b>nei 90 giorni prima del Ricovero</b>;            (v) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, le cure termali (<b>escluse le spese alberghiere</b>) e, solo in caso di Ricovero con intervento chirurgico, anche i trattamenti fisioterapici e rieducativi, fatti <b>nei 90 giorni dopo</b> il Ricovero, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato il Ricovero stesso.</p> <p>In caso di trapianto, la Compagnia rimborsa le spese indicate ai punti (i), (ii) e (iii):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• relative al Ricovero del donatore per l'espianto di organi (o parti) e il relativo trasporto, se l'Assicurato riceve gli organi;</li> <li>• per l'espianto di organi (o parti) e il relativo trasporto, se l'Assicurato è il donatore.</li> </ul> <p><b>A.2) Day Hospital con intervento chirurgico</b>            La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed <b>entro i Massimale e Franchigie e Scoperti indicati all'Art. 5.2.1</b> - le spese per queste Prestazioni Sanitarie:</p> <p>(i) gli onorari dell'equipe (risultanti dal referto operatorio), i diritti di sala operatoria e materiali di intervento (ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento)            (ii) durante il periodo del Day Hospital, l'assistenza medica e infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali e i trattamenti fisioterapici e rieducativi;            (iii) la retta di degenza, <b>con esclusione delle spese voluttuarie</b>;            (iv) gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche fatti <b>nei 90 giorni prima</b> del Day Hospital;            (v) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, le cure termali (<b>escluse le spese alberghiere</b>) e i trattamenti fisioterapici e rieducativi, fatti <b>nei 90 giorni dopo</b> la fine del Day Hospital, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato il Day Hospital stesso.</p>



Prestazione Sanitaria	Prestazione Assicurativa della Compagnia
	<p><b>A.3) Day Hospital senza intervento chirurgico</b>            La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed entro le limitazioni e i Massimali indicati all'Art. 5.2.1 - le spese per queste Prestazioni Sanitarie:            (i) durante il periodo del Day Hospital, l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali;            (ii) la retta di degenza <b>con esclusione delle spese voluttuarie</b>;            (iii) gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche fatti <b>nei 90 giorni prima</b> del Day Hospital;            (iv) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche fatti <b>nei 90 giorni dopo</b> la fine del Day Hospital, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato il Day Hospital stesso.</p> <p><b>A.4) Intervento chirurgico ambulatoriale</b>            La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed con esclusione delle spese voluttuarie <b>entro i Massimali e Franchigie e Scoperti indicati all'Art.5.2.1</b> - le spese per queste Prestazioni Sanitarie:            (i) gli onorari dell'equipe (risultante dal referto operatorio), i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;            (ii) l'assistenza medica e infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, contestuali con l'intervento chirurgico ambulatoriale;            (iii) gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche fatti nei 90 giorni prima dell'intervento chirurgico ambulatoriale;            (iv) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali;            (iv), i trattamenti fisioterapici e rieducativi, fatti <b>nei 90 giorni dopo</b> l'intervento chirurgico ambulatoriale, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato l'intervento chirurgico ambulatoriale stesso.</p> <p><b>A.5) Parto cesareo e Aborto (spontaneo o terapeutico)</b>            La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed entro i Massimali e Franchigie e Scoperti indicati all'Art.5.2.1 - le spese per queste prestazioni Sanitarie:            (i) gli onorari dell'equipe (risultante dal referto operatorio), i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;            (iii) la retta di degenza, <b>con esclusione delle spese voluttuarie</b>;            (iv) relativamente al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'Istituto di Cura: la retta di degenza al nido ospedaliero, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica e infermieristica durante il Ricovero;            (v) gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche fatti <b>nei 90 giorni prima</b> del Ricovero;            (vi) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, fatti <b>nei 90 giorni dopo</b> la fine del Ricovero, purché ad esso conseguenti.  <b>Le spese per eventuali interventi chirurgici concomitanti - fatti durante la stessa sessione dell'intervento chirurgico principale e attraverso la stessa via di accesso (p.es., appendicectomia, cisti ovarica, laparocele, ernia ombelicale ecc.) - sono rimborsabili entro il Massimale previsto per le Prestazioni Sanitarie elencate sopra.</b></p> <p><b>A.6) Parto fisiologico</b>            La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed <b>entro le limitazioni e i Massimali indicati all'Art. 5.2.1</b> - le spese per queste Prestazioni Sanitarie:            (i) gli onorari dell'equipe (risultante dal referto operatorio), i diritti di sala di parto;            (ii) l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici e i medicinali durante il periodo di Ricovero;</p>



Prestazione Sanitaria	Prestazione Assicurativa della Compagnia
	<p>(iii) retta di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie;</p> <p>(iv) retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica e infermieristica ricevuta dal neonato durante il Ricovero e fino alla data di dimissioni della madre;</p> <p>(v) accertamenti diagnostici e visite specialistiche fatti nei <b>90 giorni prima</b> del Ricovero;</p> <p>(vi) accertamenti diagnostici, medicinali fatti nei <b>90 giorni dopo</b> la fine del Ricovero e ad esso conseguenti.</p> <p><b>A.7) Interventi con Massimale prestabilito in forma di Pagamento Rimborsuale entro i Massimale e Franchigie e Scoperti indicati all'Art.5.2.1</b> - i costi sostenuti dall'Assicurato per questi tipi di intervento chirurgico, se fatti a pagamento in Istituto di Cura privato o pubblico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• legatura e stripping di vene, rinosettoplastica, interventorimozione mezzi di sintesi (ad es. chiodi, placche, viti), tonsillectomia adenotonsillectomia, ernie e / o laparoceli della parete addominale, intervento per emorroidectomia e/o asportazione di ragadi e/o di fistole, intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso - falangeo, interventi a carico del ginocchio (diversi da legamenti e protesi), isteroscopia operativa, cistectomia (esclusa cistectomia totale), miomectomia, ricostruzione dei legamenti, intervento sulla cuffia dei rotatori, asportazione di cisti ovariche, tiroidectomia, interventi per riduzione e sintesi fratture (anche con chiodi, placche, viti), colicistectomia, ernia del disco, artrodesi vertebrale, adenocarcinoma prostatico, adenoma prostatico, isterectomia, artroprotesi anca e ginocchio.</li> </ul> <p>I Massimali indicati all'Art.5.2.1 [/bold] comprendono tutte le spese (inclusa retta di degenza, fermo il limite giornaliero) sostenute durante il periodo di Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital con intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale. <b>Il Massimale non comprende le spese sostenute prima e dopo il Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital con intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale, le stesse vengono Rimborsate con applicazione di Scoperti/Franchigie previsti per il regime di Pagamento Diretto o Rimborsuale.</b></p> <p>Se l'Assicurato si serve del SSN, i ticket sanitari sono rimborsati al 100%. Tutti gli interventi chirurgici elencati sopra includono, <b>entro il Massimale indicato all'Art.5.2.1</b> - Tabella 2, anche eventuali interventi chirurgici concomitanti riferiti allo stesso settore specialistico ed effettuati nella stessa sessione operatoria. Se gli interventi concomitanti sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• svolti attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nel Massimale dell'intervento chirurgico principale previsto dalle Condizioni di Assicurazione;</li> <li>• svolti attraverso altra via d'accesso, sono rimborsabili in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.</li> </ul> <p><b>B) Neonato</b></p> <p>La Compagnia paga per le prestazioni inclusa nella precedente sezione A) "Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital con intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale effettuati privatamente", se nel primo anno di vita del neonato di uno degli Assicurati subisce un intervento chirurgico per correggere malformazioni e difetti fisici, <b>applicando per ogni Prestazione Sanitaria il diverso Massimale indicato all'Art.5.2.1</b></p>

## 5.2.1 Massimali, Scoperti e Franchigie Garanzia Assicurativa "Clinica Privata"

Tabella 1

Prestazione Sanitaria	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
A.1) Ricovero con/senza intervento chirurgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Massimale:</b> € 250.000 (per interventi con Massimale)</li> </ul>	Ricovero con/senza Intervento chirurgico:



Prestazione Sanitaria	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
A.2) Day Hospital con intervento chirurgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>prestabilito si veda il punto A.7)</b></li> <li>• <b>Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni</b></li> <li>• <b>Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagamento Diretto: nessuno</li> <li>• Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo € 1.000</li> </ul>
A.3) Day Hospital senza intervento chirurgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Massimale: € 250.000</b></li> <li>• <b>Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni</b></li> </ul>	Day Hospital con/senza intervento chirurgico - intervento chirurgico ambulatoriale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagamento Diretto: Franchigia € 200</li> <li>• Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo € 1.000</li> </ul>
A.4) Intervento chirurgico ambulatoriale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni</b></li> </ul>	
A.5) Parto cesareo, Aborto spontaneo o Aborto terapeutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Massimale: € 2.500</b></li> <li>• <b>Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni</b></li> <li>• <b>Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni</b></li> </ul>	Nessuno
A.6) Parto fisiologico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Massimale: € 1.500</b></li> <li>• <b>Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni</b></li> <li>• <b>Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni</b></li> </ul>	Nessuno
A.7) Interventi plafonati con Massimale prestabilito in forma di Pagamento Rimborsuale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cfr. Tabella 2 sotto</b></li> </ul>	Nessuno

## B.) Neonato

Sanitaria	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
B.1) Neonato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Massimale: € 20.000 (per interventi con Massimale prestabilito si veda il punto A.7)</b></li> <li>• <b>Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni</b></li> <li>• <b>Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni</b></li> </ul>	Nessuno

## Tabella 2

### A.7) Interventi con massimale prestabilito in caso di pagamento Rimborsuale

Tipo di Intervento chirurgico	Massimale
Legatura e stripping di vene	€ 3.500
Rinosettoplastica	€ 3.500
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad es. chiodi, placche, viti)	€ 3.000



Tipo di Intervento chirurgico	Massimale
Tonsillectomia / Adenotonsillectomia	€ 3.000
Ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 4.000
Intervento per emorroidectomia e/o asportazione di ragadi e/o di fistole	€ 5.500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso - falangeo	€ 4.000
Interventi a carico del ginocchio (diversi da legamenti e protesi)	€ 5.000
Isteroscopia operativa	€ 5.000
Cistectomia (esclusa cistectomia totale)	€ 5.000
Miomectomia	€ 7.500
Ricostruzione dei legamenti	€ 8.500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7.500
Asportazione di cisti ovariche	€ 10.000
Tiroidectomia	€ 10.000
Interventi per riduzione e sintesi fratture (anche con chiodi, placche, viti)	€ 8.000
Colicistectomia	€ 8.500
Ernia del disco	€ 12.000
Artrodesi vertebrale	€ 13.000
Adenocarcinoma prostatico	€ 18.000
Adenoma prostatico	€ 12.000
Isterectomia	€ 18.000
Artroprotesi anca e ginocchio	€ 25.000

#### Ricorda che:

- se (i) un intervento chirurgico è incluso nella Tabella 2 ed è fatto a pagamento in un Istituto di Cura (privato o pubblico), e (ii) l'Assicurato richiede la Prestazione con Pagamento Rimborsuale, la Compagnia limita il Massimale rimborsabile agli importi indicati nella Tabella 2;
- le rette di degenza sono rimborsate fino ad un limite giornaliero di € 200, fermo il Massimale rimborsabile agli importi nella tabella 2;
- i Massimali indicati nella Tabella 2 comprendono tutte le spese (inclusa retta di degenza) fatte durante il periodo di Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital con intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale;
- le spese pre- e post-Ricovero non rientrano nei Massimali indicati nella Tabella 2, ma vengono rimborsate applicando lo Scoperto o la Franchigia previsti per il regime di Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale, come descritto nella Tabella 1 ai punti "A.1) Ricovero con/senza Intervento chirurgico", "A1) Day Hospital con Intervento Chirurgico", "A.3) Day Hospital senza Intervento chirurgico" e "A.4) Intervento chirurgico ambulatoriale" e fermi i Massimali indicati nella Tabella 1 per ogni Prestazione Sanitaria;
- se l'Assicurato si avvale del SSN, i ticket sanitari sono rimborsati al 100%.

#### 5.3 Garanzia Assicurativa "Indennità"

La Garanzia Assicurativa offre un Indennizzo all'Assicurato che subisce, dalla Data di Decorrenza e durante il periodo di validità della stessa e trascorso il periodo di Carenza indicato all'Art. 7.1, un intervento chirurgico (anche di tipo ambulatoriale o di Day Hospital) dovuto a:



- Infortunio;
- Malattia; o
- parto cesareo

con le esclusioni di cui all'Art.6 e con le Franchigie e gli Scoperti indicati all'Art.5.3.1.

#### GARANZIA INDENNITÀ

Prestazione Sanitaria	Prestazione assicurativa della Compagnia
Intervento chirurgico incluso nell'Allegato 1 "Classificazione degli interventi chirurgici in classi"	La Compagnia paga un Indennizzo di importo diverso in base all'appartenenza dello specifico intervento chirurgico - o della patologia che ha dato luogo all'intervento - a una di queste 3 classi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Classe I: € 1.000;</li> <li>• Classe II: € 3.000;</li> <li>• Classe III: € 10.000.</li> </ul>
Intervento chirurgico non specificamente incluso nell'Allegato 1	L'intervento verrà attribuito alla classe, Malattia o procedura chirurgica più pertinente tra quelli elencati nell'Allegato 1.
Regole comuni per tutti gli interventi coperti dalla Garanzia Assicurativa	In caso di più interventi chirurgici per la stessa Malattia che riguardano lo stesso organo/arto/tessuto, l'Indennizzo viene pagato dalla Compagnia un'unica volta nell'Anno Assicurativo in cui avviene il Sinistro. Invece, se durante la stessa seduta operatoria vengono fatti 2 o più interventi chirurgici, la Compagnia paga all'Assicurato un unico Indennizzo, prendendo come riferimento quello di importo più alto.  Ricorda che: La Compagnia non paga alcun Indennizzo in caso di intervento chirurgico non identificabile sulla base delle regole indicate sopra, tra cui gli interventi chirurgici meno complessi che, di conseguenza, non sono inclusi nell'Allegato 1.

#### 5.3.1 Massimali, Franchigie e Scoperti Garanzia Assicurativa "Indennità"

Massimale / Indennizzo / Limite	Scoperto / Franchigia
Importo complessivo massimo pagato per più Sinistri occorsi in un Anno Assicurativo ad ogni Assicurato: € 20.000	Nessuno

#### 5.4 Garanzia Assicurativa "Infortuni"

La Garanzia Assicurativa offre all'Assicurato un Indennizzo, anche in forma di Diaria, in caso di Invalidità Permanente, Ricovero, Convalescenza e Gessatura, a condizione che siano conseguenza diretta, esclusiva e documentabile di un Infortunio subito dall'Assicurato durante Attività professionali o extraprofessionali, dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa **(salvi i casi di Carenza indicati di seguito) con le esclusioni di cui all'Art.6 e le Franchigie e gli Scoperti indicati all'Art.5.4.1.**

Per questa Garanzia Assicurativa sono considerati Infortuni:

- l'asfissia, non dipendente da Malattia, per fuga di gas o di vapori;



- b. l'avvelenamento acuto o le lesioni da ingestione o assorbimento di sostanze, dovuti a causa accidentale;
- c. l'annegamento, l'assideramento, il congelamento;
- d. i colpi di sole, di freddo o di calore, la folgorazione;
- e. le patologie, obiettivamente verificabili, in conseguenza di morsi o punture di insetti, aracnidi (p.es. ragni) o animali, **ad esclusione della malaria e delle malattie tropicali**;
- f. le lesioni muscolari dovute a Sforzo, **esclusi gli e le lesioni sottocutanee di tendini (lacerazioni totali o parziali di un tendine, senza soluzione di continuità del tessuto cutaneo e sottocutaneo) operano con un termine di Carenza di 120 giorni**;
- g. le ernie addominali o da Sforzo, **manifestatesi dopo un termine di Carenza di 120 giorni, escluse quelle discali. Solo quando sono non operabili e causano un'Invalidità Permanente, fissando quale percentuale di invalidità indennizzabile massima non superiore al 10%**. La non operabilità deve essere certificata da uno specialista con riferimento a condizioni anatomiche locali (dimensioni e localizzazione dell'ernia) e cliniche generali oggettivamente documentate;
- h. le infezioni, **diverse dal virus H.I.V.**, se il germe infettivo è entrato nel corso da una lesione causata da Infortunio e contemporaneamente alla lesione stessa;
- i. le conseguenze fisiche di interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche resi necessari da Infortunio, **in deroga di quanto previsto al successivo Art. 6.2, punto 21.**  
Questa Garanzia Assicurativa comprende anche gli Infortuni:
  - j. derivanti da colpa grave dell'Assicurato;
  - k. derivanti da aggressioni, atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari, **se l'Assicurato non vi ha partecipato attivamente e fatta salva la legittima difesa**;
  - l. derivanti da atti di temerarietà/audacia dell'Assicurato fatti per solidarietà umana;
- m. **in deroga di quanto previsto al successivo Art. 6.2, punto 10**, derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, inclusi, ad esempio, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, **a condizione che l'Infortunio si sia verificato all'estero nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici e l'Assicurato fosse già presente sul luogo interessato**;
- n. derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni o eruzioni vulcaniche, maremoto e altre calamità naturali, **entro il Massimale indicato all'Art. 5.4.1**;
- o. derivanti da uso di velivoli ed elicotteri da parte dell'Assicurato come passeggero per trasporto pubblico o privato, **salvo quanto indicato all'Art. 6.2, punto 12**;
- p. sofferti dall'Assicurato in stato di malore o incoscienza, **limitatamente alle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.**

**GARANZIA INFORTUNI**

Garanzia Assicurativa	Prestazione assicurativa della Compagnia																																																																												
Infortunio	<p><b>A) Invalidità Permanente da Infortunio coperto dall'Assicurazione</b>            Se l'Invalidità Permanente si verifica entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio, anche dopo la cessazione della Garanzia Assicurativa e anche in caso di mancata stabilizzazione dei postumi a tale data (tenuto conto delle evidenze mediche), la Compagnia paga all'Assicurato un Indennizzo che corrisponde a una percentuale dell'importo di € 100.000, calcolata sulla base di queste tabelle, in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato.</p> <p>Nel caso di premorienza dell'Assicurato prima del termine (2 anni) per l'accertamento dei postumi permanenti dell'invalidità e per cause diverse da quella che ha generato l'invalidità, gli eredi dell'Assicurato possono dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di altra documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="font-size: small;">IP accertata</td> <td style="font-size: small;">da 1% a 5%</td> <td style="font-size: small;">6%</td> <td style="font-size: small;">7%</td> <td style="font-size: small;">8%</td> <td style="font-size: small;">9%</td> <td style="font-size: small;">10%</td> <td style="font-size: small;">11%</td> <td style="font-size: small;">12%</td> <td style="font-size: small;">13%</td> <td style="font-size: small;">14%</td> <td style="font-size: small;">15%</td> <td style="font-size: small;">16%</td> <td style="font-size: small;">17%</td> <td style="font-size: small;">18%</td> <td style="font-size: small;">19%</td> <td style="font-size: small;">da 20% a 40%</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Indennizzo</td> <td style="font-size: small;">nessuno</td> <td style="font-size: small;">1%</td> <td style="font-size: small;">2%</td> <td style="font-size: small;">3%</td> <td style="font-size: small;">4%</td> <td style="font-size: small;">5%</td> <td style="font-size: small;">6%</td> <td style="font-size: small;">7%</td> <td style="font-size: small;">8%</td> <td style="font-size: small;">9%</td> <td style="font-size: small;">10%</td> <td style="font-size: small;">11%</td> <td style="font-size: small;">12%</td> <td style="font-size: small;">13%</td> <td style="font-size: small;">14%</td> <td style="font-size: small;">Pari alla % di IP accertata</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="font-size: small;">IP accertata</td> <td style="font-size: small;">41%</td> <td style="font-size: small;">42%</td> <td style="font-size: small;">43%</td> <td style="font-size: small;">44%</td> <td style="font-size: small;">45%</td> <td style="font-size: small;">46%</td> <td style="font-size: small;">47%</td> <td style="font-size: small;">48%</td> <td style="font-size: small;">49%</td> <td style="font-size: small;">50%</td> <td style="font-size: small;">51%</td> <td style="font-size: small;">52%</td> <td style="font-size: small;">53%</td> <td style="font-size: small;">54%</td> <td style="font-size: small;">55%</td> <td style="font-size: small;">56%</td> <td style="font-size: small;">57%</td> <td style="font-size: small;">58%</td> <td style="font-size: small;">59%</td> <td style="font-size: small;">da 60% a 100%</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Indennizzo</td> <td style="font-size: small;">43%</td> <td style="font-size: small;">46%</td> <td style="font-size: small;">49%</td> <td style="font-size: small;">52%</td> <td style="font-size: small;">55%</td> <td style="font-size: small;">58%</td> <td style="font-size: small;">61%</td> <td style="font-size: small;">64%</td> <td style="font-size: small;">67%</td> <td style="font-size: small;">70%</td> <td style="font-size: small;">73%</td> <td style="font-size: small;">76%</td> <td style="font-size: small;">79%</td> <td style="font-size: small;">82%</td> <td style="font-size: small;">85%</td> <td style="font-size: small;">88%</td> <td style="font-size: small;">91%</td> <td style="font-size: small;">94%</td> <td style="font-size: small;">97%</td> <td style="font-size: small;">100%</td> </tr> </table> <p>Ad esempio: In caso di Invalidità Permanente accertata al 50% viene riconosciuto all'Assicurato un Indennizzo pari al 70% dell'importo di € 100.000. L'Assicurato riceverà un</p>	IP accertata	da 1% a 5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	da 20% a 40%	Indennizzo	nessuno	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	Pari alla % di IP accertata	IP accertata	41%	42%	43%	44%	45%	46%	47%	48%	49%	50%	51%	52%	53%	54%	55%	56%	57%	58%	59%	da 60% a 100%	Indennizzo	43%	46%	49%	52%	55%	58%	61%	64%	67%	70%	73%	76%	79%	82%	85%	88%	91%	94%	97%	100%
IP accertata	da 1% a 5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	da 20% a 40%																																																													
Indennizzo	nessuno	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	Pari alla % di IP accertata																																																													
IP accertata	41%	42%	43%	44%	45%	46%	47%	48%	49%	50%	51%	52%	53%	54%	55%	56%	57%	58%	59%	da 60% a 100%																																																									
Indennizzo	43%	46%	49%	52%	55%	58%	61%	64%	67%	70%	73%	76%	79%	82%	85%	88%	91%	94%	97%	100%																																																									



Garanzia Assicurativa	Prestazione assicurativa della Compagnia
	<p>Indennizzo di € 70.000</p> <p> Per il calcolo del grado di Invalidità Permanente accertato, si fa riferimento alle percentuali delle tabelle allegate al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e riportate nell'Allegato 3 "Tabella delle Invalidità (INAIL)" e Allegato 4 "Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva (INAL Industria)".</p> <p>Alle voci e percentuali contenute in tali tabelle, si applicano questi criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• per le menomazioni degli arti superiori subite da un Assicurato mancino, le percentuali di Invalidità Permanente previste per il lato destro valgono per il lato sinistro;</li> <li>• la perdita totale e definitiva dell'uso di un organo o arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di una minorazione, le percentuali di Invalidità Permanente indicate in tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;</li> <li>• in caso di perdita (anatomica o funzionale) di più organi o arti, l'Indennizzo viene determinato aggiungendo le percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. L'Indennizzo per la perdita anatomica di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito, mentre per la perdita di una falange di qualunque altro dito l'Indennizzo è stabilito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito;</li> <li>• in caso di menomazioni di uno o più parti anatomiche e/o articolari di un singolo arto, si sommano i valori fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;</li> <li>• per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale;</li> <li>• nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di riferimento, l'Indennizzo è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato a qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione effettivamente svolta;</li> <li>• per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si quantifica il grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi;</li> <li>• in caso di perdita (anatomica o funzionale) di un organo/arto già minorato, le percentuali di Invalidità Permanente saranno diminuite tenendo conto del grado di Invalidità Permanente preesistente.</li> </ul> <p>La Compagnia paga l'Indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che non dipendono da condizioni fisiche o Malattie preesistenti. Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato ha già delle menomazioni, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate, come se l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente sana.</p> <p><b>B) Diaria da ricovero a seguito di Infortunio</b> Dopo il Ricovero in Istituto di Cura - documentato da Cartella Clinica - a seguito di Infortunio, la Compagnia paga all'Assicurato un Indennizzo in forma di Diaria di € 50,00 per ogni notte di Ricovero con un massimo di 30 notti, a condizione che il Ricovero abbia richiesto almeno 2 notti in Istituto di Cura.</p> <p><b>C) Diaria da convalescenza a seguito di Infortunio</b> Dopo il Ricovero - documentato da Cartella Clinica - a seguito di Infortunio, la Compagnia paga all'Assicurato un ulteriore Indennizzo in forma di Diaria di € 50,00 per ogni giorno di Convalescenza.</p> <p>Il periodo di Convalescenza viene prestabilito in un numero pari ai giorni di Diaria riconosciuti ai sensi del precedente punto B), e senza obbligo di presentazione di certificato medico per comprovare il periodo di Convalescenza.</p>



ATTENZIONE! PER IL CALCOLO DEL GRADO DI INVALIDITÀ SI FA RIFERIMENTO ALLA TABELLA "INAIL"



Garanzia Assicurativa	Prestazione assicurativa della Compagnia
	<p><b>D) Diaria da gessatura a seguito di Infortunio</b>  Dopo l'applicazione della Gessatura all'Assicurato a seguito di Infortunio, la Compagnia paga un Indennizzo in forma di Diaria di € 50,00 per ogni giorno in cui l'Assicurato ha portato la Gessatura, con un massimo di 30 giorni per Infortunio.  L'Indennizzo è pagato su presentazione di un verbale di pronto soccorso, della radiografica che comprova la frattura dell'osso e i certificati medici originali che attestano l'applicazione e la rimozione della Gessatura, a condizione che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la frattura dell'osso sia stata diagnosticata entro 15 giorni dalla data dell'Infortunio;</li> <li>• la Gessatura sia stata messa e tolta da personale medico.</li> </ul> <p>Per queste fratture ossee accertate con radiografia per cui è prevista l'immobilizzazione totale senza gesso, la Compagnia paga comunque la Diaria indicata sopra, sulla base dei giorni di riposo indicati nel verbale di pronto soccorso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• frattura del bacino;</li> <li>• frattura dell'anca;</li> <li>• frattura dello sterno;</li> <li>• frattura del femore;</li> <li>• frattura della colonna vertebrale;</li> <li>• frattura di almeno una delle costole;</li> <li>• frattura del cranio;</li> <li>• frattura della clavicola.</li> </ul> <p>Non sono invece coperte dalla Garanzia Assicurativa le fratture ossee di un singolo dito del piede o della mano e delle ossa nasali.</p>

Gli Indennizzi indicati ai precedenti punti da A) a D) possono cumularsi tra loro a seguito di un unico Sinistro.

#### 5.4.1 Massima esposizione della Compagnia Garanzia Assicurativa "Infortuni"

In caso di movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni o eruzioni vulcaniche, l'importo complessivo massimo per Sinistri causati da un unico Evento tra quelli sopra descritti (incluse, tutte le manifestazioni rilevabili e certificabili da un medico in un arco di 168 ore a partire dalla prima): € 10.000.000 per Evento.

Se l'insieme degli importi liquidabili a tutti gli Assicurati con la Compagnia, in conseguenza di un unico evento, supera € 10.000.000, questi importi sono ridotti proporzionalmente.

#### 5.5 Garanzia Assicurativa "Dental"

La Garanzia Assicurativa copre - in forma di Pagamento Diretto o di Pagamento Rimborsuale - le spese per Prestazioni Sanitarie di cui l'Assicurato necessita per emergenza e/o prevenzione odontoiatrica dalla Data di Decorrenza e durante il periodo di validità della stessa e, nei casi specificamente indicati, dopo il periodo di Carenza indicato all'Art. 7.1, con le esclusioni di cui all'Art.6 e con i limiti indicati all'Art.5.5.1.

La Garanzia Assicurativa opera solo se le Prestazioni Sanitarie sono:

- incluse nelle tabelle "Prestazioni Sanitarie odontoiatri che di Emergenza" e "Prestazioni Sanitarie odontoiatri che di prevenzione" riportate al successivo Art. 5.5.1;
- giudicate necessarie da un dentista; e
- svolte in un centro odontoiatrico, appartenente o meno al Network Convenzionato.

#### GARANZIA DENTAL (EMERGENZA E PREVENZIONE)

Prestazione Sanitaria	Prestazione assicurativa della Compagnia
Prestazioni odontoiatriche di	Se l'Assicurato sceglie di ricevere le Prestazioni Sanitarie di emergenza e/o Prevenzione odontoiatrica in strutture:



Prestazione Sanitaria	Prestazione assicurativa della Compagnia
emergenza e/o prevenzione	<ul style="list-style-type: none"> <li>del Network Convenzionato, la Compagnia farà un Pagamento Diretto - senza applicazione di Massimali o altre limitazioni - alla struttura del Network Convenzionato che ha reso la Prestazione Sanitaria previo contatto da parte dell'Assicurato con il Servizio Clienti;</li> <li>non appartenenti al Network Convenzionato, alla fine delle cure la Compagnia farà un Pagamento Rimborsuale all'Assicurato, <b>secondo i limiti d'importo per singola prestazione e i Massimali indicati nel successivo Art. 5.5.1.</b></li> </ul> <p>La Garanzia Assicurativa opera anche per le Prestazioni Sanitarie odontoiatriche rese dopo il periodo di Carenza indicato all'Art. 7.1 per Malattie preesistenti.</p>

### 5.5.1 Massimali e limitazioni Garanzia Assicurativa "Dental"

Se l'Assicurato:

- si attiva con il Servizio Clienti e utilizza una struttura del Network Convenzionato, le Prestazioni Sanitarie sono coperte dal Pagamento Diretto della Compagnia e il Massimale è illimitato;
- sceglie una struttura non appartenente al Network Sanitario Convenzionato, la Compagnia copre le Prestazioni Sanitarie con un Pagamento Rimborsuale una volta finite le cure, secondo i limiti di importo indicati nella colonna "Cure con Pagamento Rimborsuale" delle Tabelle 1 e 2, e fino alla concorrenza del Massimale di € 1.000; e
- beneficia di Prestazioni Sanitarie odontoiatriche a seguito di una Malattia improvvisa o un Infortunio mentre si trova temporaneamente all'estero per un periodo consecutivo non superiore a 45 giorni, si applica un Massimale di € 1.000.

**Tabella 1: Cure eseguite con Pagamento Diretto - Prestazioni sanitarie gratuite per l'Assicurato con costo a carico della Compagnia**

#### Prestazioni Sanitarie di Emergenza odontoiatrica

Codice	Descrizione	Cure con Pagamento Rimborsuale
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	€ 10,00
SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	€ 17,00
SD02	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o Endorale per due elementi vicini	€ 17,00
SD03	Radiografia per monitorare la cura iniziata	€ 13,00
SD12	Otturazione per carie semplice Cavità di I e V Classe di Black	€ 30,00
SD13	Otturazione per carie profonde Cavità di II Classe di Black due pareti	€ 53,00
SD17	Ricostruzione coronale in amalgama a più cuspidi	€ 71,00
SD18	Ricostruzione coronale in composito - colore dente	€ 90,00
SD19	Asportazione gengive o gengive in eccesso o rimodellamento gengivale	€ 109,00
SD20	Interventi di piccola chirurgia: Lembo gengivale per 4 denti	€ 184,00
SD21	Interventi di piccola chirurgia: Lembo muco gengivale per 4 denti	€ 236,00
SD22	Interventi di piccola chirurgia: chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	€ 311,00
SD30	Estrazione semplice di dente o radice	€ 23,00
SD35	Apicectomia con Lembo (esclusa terapia canalare) e relative endorali	€ 120,00
SD37	Reinserimento di dente avulso	€ 65,00
SD47	Asportazione cisti mascellari	€ 300,00



Codice	Descrizione	Cure con Pagamento Rimborsuale
SD48	Asportazione cisti - intervento per necrosi - osteite circos. mascellare	€ 30,00
SD49	Asportazione cisti - intervento per necrosi - osteite diffusa mascellare	€ 120,00
SD50	Asportazione cisti - Sbrigliamento - incisione adenoflemmone	€ 65,00
SD51	Eliminazione corpi estranei da cavità orale	€ 154,00
SD54	Deitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione monocalare	€ 53,00
SD55	Deitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione bicanalare	€ 83,00
SD56	Deitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione tricanalare	€ 120,00
SD57	Medicazioni canalari e sedute per specificazione	€ 26,00
SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica	€ 30,00

**Tabella 2: Cure eseguite con Pagamento Diretto - Prestazioni Sanitarie gratuite per l'Assicurato con costo a carico della Compagnia**

**Prestazioni Sanitarie di Prevenzione odontoiatrica**

Codice	Descrizione	Cure con Pagamento Rimborsuale
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	€ 10,00
SD08	Ablazione del tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale	€ 41,00
SD11	Assorbimento del fluoro nello smalto (lucidatura); applicazioni topiche oligoelementi	€ 15,00

Ricorda che ogni Anno Assicurativo possono essere indennizzate 2 Prestazioni Sanitarie di Prevenzione odontoiatrica a scelta tra quelle incluse nella Tabella 2. Le Prestazioni devono essere effettuate in un'unica seduta.

### 5.6 Garanzia Assicurativa "Assistenza"

La Garanzia Assistenza offre all'Assicurato - tramite la Struttura Organizzativa di Europ Assistance - le seguenti forme di Assistenza in caso di Malattia e/o Infortunio. **Tutte le Prestazioni sono di seguito elencate ed organizzate in quattro aree di bisogno:**

- A. Medical Assistance
- B. Temporary medical care
- C. Personal care
- D. Family care

con le esclusioni di cui all'Art.6 e le Franchigie e gli Scoperti indicati all'Art.5.6.1.

 **Servizi di Digital Care:** sono il videoconsulto medico (A.1) e il Libretto Sanitario digitale. Essi vengono prestati tramite l'APP di UNICA BNL, pertanto, per usufruirne sarà necessario aver completato il download e la registrazione con i propri dati.

 **Libretto Sanitario:** libretto sanitario digitale disponibile all'interno dell'APP UNICA BNL che consente all'Assicurato di gestire i propri dati sanitari e avere sempre disponibili le informazioni sulla propria storia clinica.

**La Struttura Operativa deve essere contattata telefonicamente dall'Assicurato, che non potrà richiedere eventuali rimborsi di spese sostenute per ottenere autonomamente servizi di assistenza.**

**Se non diversamente indicato, le prestazioni valgono al domicilio comunicato in fase di apertura del sinistro.**

**GARANZIA ASSISTENZA**

Assistenza	Prestazione della Compagnia
<p><b>A) Medical Assistance (inclusi i Servizi di Digital Care)</b></p>	<p><b>A.1) Consulenza medica (telefonica o videoconsulto)</b>                      Qualora, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato necessiti di informazioni sanitarie e/o consigli medici, potrà contattare la Struttura Organizzativa di Europ Assistance per una consulenza medica telefonica erogabile h24 7/7.  <b>Qualora l'Assicurato lo desideri e si sia registrato all' APP UNICA BNL, potrà richiedere alla Struttura di Assistenza di organizzare una videoconsulenza dal lunedì al sabato (festivi esclusi) dalle ore 09:00 alle ore 19:00.</b>                      Si precisa che la consulenza medica, considerate anche le modalità di prestazione del servizio, <b>non fornisce diagnosi e/o prescrizioni ed è prestata sulla base delle informazioni fornite a distanza dall'Assicurato. La stessa non sostituisce una visita medica né il servizio di guardia medica o il servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.</b></p> <p><b>A.2) Consulenza specialistica telefonica</b>                      Qualora, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato non riuscisse a reperire il proprio specialista di fiducia e necessiti di informazioni sanitarie e/o consigli medici specialistici, potrà contattare la Struttura Organizzativa e chiedere una consulenza specialista telefonica (<b>cardiologica, ortopedica, medicina dello sport, neurologica, dermatologica, alimentare, ginecologica, geriatrica, psicologica</b>). Qualora non fosse possibile reperire immediatamente il medico specialista, l'Assicurato verrà richiamato entro le successive 8 ore lavorative, dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì. Si precisa che la consulenza medica specialistica, considerate anche le modalità di prestazione del servizio, <b>non fornisce diagnosi e/o prescrizioni ed è prestata sulla base delle informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.</b>  <b>La stessa non sostituisce una visita medica specialistica.</b></p> <p><b>A.3) Consulenza pediatrica telefonica</b>                      Qualora, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato non riuscisse a reperire il proprio specialista di fiducia e necessiti di informazioni sanitarie e/o consigli medici specialistici, potrà contattare la Struttura Organizzativa e chiedere una consulenza specialista pediatrica telefonica. Qualora non fosse possibile reperire immediatamente il medico specialista, l'Assicurato verrà richiamato entro le successive 8 ore lavorative, dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì. Si precisa che la consulenza medica specialistica, considerate anche le modalità di prestazione del servizio, <b>non fornisce diagnosi e/o prescrizioni ed è prestata sulla base delle informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.</b>  <b>La stessa non sostituisce una visita medica specialistica.</b></p> <p><b>A.4) SECOND OPINION INTERNAZIONALE</b>                      Qualora l'Assicurato a seguito di un Infortunio o una Malattia, per la quale sia già stata effettuata una diagnosi o definito un approccio terapeutico, desideri richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica potrà contattare la Struttura Organizzativa di Europ Assistance che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri Medici qualificati. I medici della Struttura Organizzativa, di Europ Assistance effettuano un primo esame, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti, e procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria per elaborare i quesiti che verranno sottoposti ai Medici Specialisti. Tutti i dati clinici, saranno trasmessi al Centro Medico internazionale di riferimento. Il Centro Medico internazionale di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, formula rapidamente la propria risposta scritta, che viene inviata alla Struttura Organizzativa di Europ Assistance che, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla. Nel caso in cui i medici specialisti del centro</p>

Assistenza	Prestazione della Compagnia
	<p>internazionale valutassero la necessità di una visita presso il centro di riferimento <b>la Struttura Organizzativa di Europ Assistance provvederà a organizzare la visita in loco, il viaggio e 1 notte di pernottamento fino ad un massimo di 1.000 €.</b></p> <p><b>A.5) Invio di un medico in Italia</b>  Qualora, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, accertata la necessità della Prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel Centro Medico idoneo più vicino.</p> <p><b>La Prestazione viene fornita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali;</li> <li>• 24 ore su 24 sabato e domenica e nei giorni festivi.</li> </ul> <p><b>La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.</b></p> <p><b>A.6) Trasferimento sanitario programmato in Italia</b>  Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di un trasferimento sanitario programmato, la Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico da parte dei propri medici e d'intesa con i medici curanti, provvederà a organizzare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il suo trasferimento presso l'Istituto di Cura dove deve essere ricoverato;</li> <li>• il suo trasferimento dall'Istituto di Cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;</li> <li>• il suo trasferimento alla residenza a seguito dimissione ospedaliera.</li> </ul> <p><b>La Struttura Organizzativa provvederà all'invio di un'autoambulanza tenendone a carico i costi entro il Massimale indicato all'Art. 5.6.1.</b>  <b>La Struttura Organizzativa di Assistenza non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.</b></p> <p><b>A.7) Rientro sanitario</b>  Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero subisca un Infortunio o Malattia e le sue condizioni siano tali che i medici della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti sul posto o, in assenza di questi ultimi, con il medico inviato dalla Struttura Organizzativa, ritengano necessario un trasferimento in un Istituto di cura prossimo alla residenza in Italia allo scopo di assicurare una Cura adeguata alle condizioni del paziente, la Struttura Organizzativa definirà le modalità del rientro e provvederà a organizzare il trasferimento del paziente con il mezzo più idoneo tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aereo sanitario;</li> <li>• aereo di linea (anche barellato);</li> <li>• ambulanza;</li> <li>• treno 1° classe/vagone letto.</li> </ul> <p>Il trasferimento dell'Assicurato con aereo sanitario potrà avere luogo da tutti i paesi Europei (Europa geografica) e paesi del Bacino del Mediterraneo. Da tutti gli altri Paesi il trasferimento avverrà esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato e, se necessario, con accompagnamento di personale medico e/o infermieristico. Tutti i costi di organizzazione e di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto e che lo accompagnano, sono a carico della Struttura Organizzativa. <b>Non danno luogo al trasferimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie;</li> <li>• gli infortuni e le malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessiti di rientro sanitario e possano essere curate sul posto.</li> </ul>



Assistenza	Prestazione della Compagnia
	<p><b>È espressamente previsto che nel caso di Paesi "MSC &amp; Region" ogni servizio, attività o prestazione potrà avvenire solo in conformità alle Condizioni di Assicurazione e, in ogni caso, non in contrasto con divieti o limitazioni internazionali applicabili su soggetti, entità o strutture o Paesi.</b></p> <p><b>A.8) Trasporto della salma</b>  La Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma dell'Assicurato deceduto in viaggio all'Estero a seguito di Infortunio o Malattia fino al luogo di sepoltura in Italia, in base alla residenza del deceduto, tenendo a proprio carico le spese relative al feretro sufficiente per il trasporto ed al trasporto stesso entro il Massimale indicato all'Art. 5.6.1.; <b>sono escluse le spese relative all'eventuale recupero della salma e alla cerimonia funebre.</b></p> <p><b>A.9) Assistenza ai minori di anni 14</b>  Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, venga ricoverato in Istituto di Cura all'estero, e non possa essere dimesso entro 7 giorni dalla data del Ricovero, e qualora in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un persona di fiducia per assistere i minori di 14 anni rimasti soli durante il Ricovero, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio mettendo a disposizione un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1a classe) o se il viaggio supera le 6 ore in aereo (classe economica) e tenendo a proprio carico i relativi costi. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese di pernottamento in loco e prima colazione per la persona di fiducia, <b>per una durata massima di di 2 notti ed entro il Massimale indicato all'Art.5.6.1.</b></p> <p><b>A.10) Assistenza ai familiari Assicurati</b>  Nel caso di Ricovero ospedaliero o di Trasferimento Sanitario dell'Assicurato e qualora gli altri Assicurati intendano rimanere sul posto per assisterlo, la Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese di rientro al domicilio o di pernottamento in loco e prima colazione per gli Assicurati, <b>per una durata massima di 2 notti ed entro il Massimale indicato all'Art. 5.6.1.</b></p> <p><b>A.11) Viaggio di un familiare</b>  In caso di Ricovero ospedaliero dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. <b>Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altre spesa al di fuori di quelle sopra indicate.</b></p> <p><b>A.12) Invio medicinali all'estero</b>  Qualora l'Assicurato, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali. La Struttura Organizzativa terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico dell'Assicurato. In alternativa la Struttura Organizzativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.</p> <p><b>A.13) Monitoraggio del Ricovero ospedaliero</b>  A seguito di Ricovero ospedaliero per infortunio e/o Malattia e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La Prestazione è fornita previo consenso esplicito</p>



Assistenza	Prestazione della Compagnia
	<p>dell'Assicurato rilasciato al reparto di degenza, in conformità al Regolamento europeo 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati) ed alla relativa normativa interna di adeguamento.</p>
<p><b>B) Temporary Medical Care (prestazioni valide solo in Italia)</b></p>	<p><b>B.1) Assistenza infermieristica post-Ricovero a domicilio</b>  Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 2 giorni, necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere proprio medico, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'Istituto di Cura, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica specializzata, <b>entro il Massimale previsto all'Art. 5.6.1.</b>  <b>L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della Prestazione 2 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.</b></p> <p><b>B.2) Assistenza infermieristica per familiari non autosufficienti</b>  Qualora l'Assicurato, ricoverato in un Istituto di Cura, a seguito di Infortunio o Malattia, richieda l'assistenza infermieristica presso il proprio domicilio per i familiari conviventi non autosufficienti rimasti soli, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un infermiere tenendo a proprio carico le spese esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di Convalescenza" <b>entro il Massimale previsto all'Art.5.6.1.</b> Il personale infermieristico sarà messo a disposizione nel minor tempo possibile e compatibilmente con le oggettive situazioni locali. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della Prestazione due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di Ricovero dell'Istituto di Cura.</p> <p><b>B.3) Assistenza fisioterapica post-Ricovero a domicilio</b>  In alternativa alla Prestazione "Assistenza Infermieristica post-Ricovero", qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 2 giorni, necessiti di assistenza fisioterapica, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico della Struttura Organizzativa, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'Istituto di Cura, provvederà a fornire un'assistenza fisioterapica specializzata <b>entro il Massimale previsto all'Art.5.6.1.</b> La Prestazione viene fornita dalle ore 8 alle ore 18, dal lunedì al venerdì. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della Prestazione 2 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.</p> <p><b>B.4) Consegna farmaci al domicilio</b>  Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, per le cure del caso, necessiti, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci.  <b>Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.</b></p> <p><b>B.5) Ricerca negozi per articoli sanitari, presidi e protesi</b>  La prestazione è fornita dalle 9.00 alle 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali. Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia e/o Infortunio, abbia necessità di reperire articoli sanitari, presidi e protesi, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, provvederà a segnalare il negozio più vicino al proprio domicilio.</p>
<p><b>C) Personal Care (prestazioni valide solo in Italia)</b></p>	<p><b>C.1) Collaboratrice familiare</b>  Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a due giorni, necessiti dell'assistenza di una persona</p>



Assistenza	Prestazione della Compagnia
	<p>presso il suo domicilio per attendere alle normali attività nell'arco delle prime 2 settimane di Convalescenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione una collaboratrice familiare tenendo a proprio carico il costo <b>entro il Massimale previsto all'Art. 5.6.1.</b>  <b>L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della Prestazione almeno 2 giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.</b></p> <p><b>C.2) Assistenza familiare con operatore socio sanitario a domicilio</b>  Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, risulti non autosufficiente, e necessiti di assistenza di un Operatore Socio Sanitario presso l'Istituto di Cura presso il quale è ricoverato o post-Ricovero a domicilio, la Struttura Organizzativa, accertata la condizione di non-autosufficienza, provvederà a reperire ed inviare direttamente un operatore socio-sanitario tenendo a proprio carico il costo <b>entro il Massimale previsto all'Art. 5.6.1.</b>  <b>L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della Prestazione almeno 2 giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.</b></p> <p><b>C.3) Servizio spesa al domicilio</b>  Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di gravi motivi di salute (Malattia, Infortunio) certificati dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di effettuare la consegna presso il proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità, <b>con il massimo di due buste per richiesta, massimo una volta a settimana.</b> Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi a quanto per suo conto acquistato. <b>La Prestazione viene fornita per un massimo di 4 volte per Sinistro.</b></p> <p><b>C.4) Consegna referti</b>  Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di gravi motivi di salute (Malattia, Infortunio) certificati dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di ritirare per suo conto referti di accertamenti diagnostici effettuati per poi recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante. La Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio dell'Assicurato, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.  <b>La Prestazione è fornita con un preavviso di 48 ore per un massimo di 4 volte per Sinistro.</b></p> <p><b>C.5) Adattamento abitazione/veicolo</b>  Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia, Infortunio, come da certificato medico comprovante il proprio stato di Invalidità Permanente, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio dei lavori per l'adattabilità della propria abitazione/veicolo, la Struttura Organizzativa previo contatto fornirà indicazioni per l'esecuzione dei lavori tramite la propria rete o se l'Assicurato dovesse decidere di provvedervi autonomamente la Struttura Organizzativa rimborserà le spese sostenute <b>entro il Massimale previsto all'Art.5.6.1.</b>  <b>Qualora l'Assicurato avesse fatto richiesta degli incentivi in base a quanto stabilito dalla legge 13/89 e successive modifiche, il Massimale di cui sopra si intenderà in eccedenza a quanto eventuale non riconosciuta.</b></p>
<p><b>D) Family Care (prestazioni valide solo in Italia)</b></p>	<p><b>D.1) Invio pediatra (in caso di Assicurato Aggiuntivo)</b>  Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di un pediatra e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei pediatri convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei pediatri convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà l'invio di un medico generico o un trasporto in autoambulanza nel Centro Medico idoneo più vicino. <b>La Prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 sabato e domenica e nei giorni festivi. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.</b></p>



Assistenza	Prestazione della Compagnia
	<p><b>D.2) Invio baby sitter</b>  Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 2 giorni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi dei minori di anni 12, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente una baby sitter, salvo disponibilità, tenendo a proprio carico l'onorario <b>entro il Massimale previsto all'Art. 5.6.1.</b>  <b>L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della Prestazione almeno 2 giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.</b></p> <p><b>D.3) Accompagnamento scuola minori</b>  Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 2 giorni, si trovi nell'impossibilità di accompagnare a scuola i minori di anni 12, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente al domicilio dell'Assicurato un taxi tenendo a proprio carico il costo <b>entro il Massimale previsto all'Art. 5.6.1.</b>  <b>L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della Prestazione almeno 2 giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.</b></p> <p><b>D.4) Custodia animali</b>  Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 2 giorni, e non esistendo la possibilità di affidare i suoi animali domestici ad un familiare, sia impossibilitato ad accudire i propri animali domestici, la Struttura Organizzativa provvederà a custodirli in idonea struttura tenendo a proprio carico le spese di pensionamento <b>entro il Massimale previsto all'Art. 5.6.1.</b>  <b>Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della Prestazione almeno 2 giorni prima dell'attivazione.</b></p>

Ricorda in ogni caso che:

**LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ**

La Compagnia non assume responsabilità per eventuali danni causati dall'intervento di autorità del paese nel quale è prestata l'Assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.

**SEGRETO PROFESSIONALE**

Per beneficiare della Garanzia Assicurativa, l'Assicurato deve liberare i medici che lo hanno visitato prima o dopo il Sinistro dal segreto professionale nei confronti della Struttura Organizzativa di Assistenza.

**5.6.1 Massimali, Franchigie e Scoperti Garanzia Assicurativa "Assistenza"**

Le prestazioni sono erogate fino a un massimo di 3 volte per Anno Assicurativo

**A.) Medical Assistance**

Forma di Assistenza	Massimale / Limite	Scoperto / Franchigia
A.1) Consulenza medica	Nessuno	Nessuno
A.2) Consulenza specialistica telefonica	Nessuno	Nessuno
A.3) Consulenza pediatrica telefonica	Nessuno	Nessuno
A.4) SECOND OPINION INTERNAZIONALE	€ 1.000 per la visita in loco	Nessuno
A.5) Invio di un medico in Italia	Nessuno	Nessuno



Forma di Assistenza	Massimale / Limite	Scoperto / Franchigia
A.6) Trasferimento sanitario programmato in Italia	200 km per Sinistro	Nessuno
A.7) Rientro sanitario	Nessun Massimale	Nessuno
A.8) Trasporto della salma	€ 5.000 (IVA inclusa)	Nessuno
A.9) Assistenza ai minori di anni 14	€ 300,00 (IVA inclusa) per Evento	Nessuno
A.10) Assistenza ai familiari Assicurati	€ 500,00 (IVA inclusa) per Evento	Nessuno
A.11) Viaggio di un familiare	Nessun Massimale	Nessuno
A.12) Invio medicinali all'estero	Nessun Massimale	Nessuno
A.13) Monitoraggio Ricovero ospedaliero	Nessun Massimale	Nessuno

## B.) Temporary Medical Care

Forma di Assistenza	Massimale / Limite	Scoperto / Franchigia
B.1) Assistenza infermieristica post Ricovero a domicilio	Massimale: € 500,00 per Anno Assicurativo nelle prime quattro settimane di Convalescenza	Nessuno
B.2) Assistenza infermieristica per familiari non autosufficienti	Massimale: € 500,00 per Anno Assicurativo nelle prime quattro settimane di Convalescenza	Nessuno
B.3) Assistenza fisioterapia post-Ricovero a domicilio	Massimale: € 500,00 per Anno Assicurativo nelle prime quattro settimane di Convalescenza	Nessuno
B.4) Consegna farmaci a casa	Nessun Massimale	Nessuno
B.5) Ricerca negozi per articoli sanitari, presidi, e protesi	Nessun Massimale	Nessuno

## C.) Personal Care

Forma di Assistenza	Massimale / Limite	Scoperto / Franchigia
C.1) Collaboratrice familiare	Massimale: € 500,00 per un massimo di 20 giorni continuativi per Sinistro	Nessuno
C.2) Assistenza familiare con operatore socio sanitario a domicilio	Massimale: € 500,00 per un massimo di 20 giorni continuativi per Sinistro	Nessuno
C.3) Servizio spesa a casa	Nessun Massimale	Nessuno
C.4) Consegna referti	Nessun Massimale	Nessuno
C.5) Adattamento casa/veicolo	€ 5.000 per Sinistro	Nessuno

## D.) Family Care

Forma di Assistenza	Massimale / Limite	Scoperto / Franchigia
D.1) Invio pediatra	Nessun Massimale	Nessuno
D.2) Invio baby sitter	Massimale: € 500,00 per Sinistro	Nessuno



Forma di Assistenza	Massimale / Limite	Scoperto / Franchigia
D.3) Accompagnamento scuola minori	Massimale: € 200,00 per Sinistro	Nessuno
D.4) Custodia animali	Massimale: € 400,0 complessivi per Sinistro e per annualità Assicurativa	Nessuno

## Art. 6. Quali eventi sono esclusi dalle Garanzie Assicurative?

### 6.1 Esclusioni per le Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata" e "Indennità"

Quale regola generale, le Garanzie Assicurative Spese Mediche, Clinica Privata e Indennità non coprono le complicanze, i postumi o le conseguenze (dirette e/o indirette) di Infortuni occorsi o Malattie preesistenti prima della Data di Decorrenza.

Tuttavia, ogni Assicurato - che abbia attiva almeno una delle Garanzie Assicurative indicate sopra da 5 anni ha diritto a quanto segue:

- dopo almeno 5 anni consecutivi di attivazione ininterrotta, la Compagnia paga un importo pari al 35% dell'Indennizzo previsto dall'Assicurazione, **fino al Massimale di € 10.000 per Anno Assicurativo**;
- dopo almeno 10 anni consecutivi di attivazione ininterrotta, la Compagnia paga un importo pari al 60% dell'Indennizzo previsto dall'Assicurazione, **fino al Massimale di € 20.000 per Anno Assicurativo**.

Sono inoltre esclusi dalle Garanzie Assicurative Spese Mediche, Clinica Privata e Indennità:

1. i trattamenti e le prestazioni fatti e/o fatturati dopo la cessazione delle Garanzie Assicurative, tranne il Ricovero iniziato durante il periodo di efficacia dell'Assicurazione. In questo caso, le Garanzie Assicurative sono operanti fino alla data di dimissione dall'Istituto di Cura;
2. le degenze per finalità di Lungodegenza, soggiorno, Convalescenza o di terapie termali nell'ambito di Istituto di Cura;
3. le spese relative a vaccini, prestazioni sanitarie che hanno in generale finalità di prevenzione, check-up, screening o controllo periodico;
4. le spese relative a prestazioni di agopuntura o logopedia;
5. le spese relative ai trattamenti fisioterapici, salvo che sia stata acquistata la Garanzia Assicurativa "Spese Mediche" o "Clinica Privata";
6. le spese relative a prestazioni sanitarie di qualsiasi natura, non accompagnate dall'indicazione della Malattia (sospettata o accertata) e quelle fatte per motivi di sola familiarità o per predisposizione genetica. Sono esclusi anche i test genetici;
7. le spese presso strutture diverse da Istituti di Cura e Centri Medici;
8. le prestazioni fatte da medici o professionisti sanitari non iscritti al relativo albo professionale (tranne l'assistenza infermieristica e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi);
9. le spese che superano i limiti, i Massimali e quelle relative a cure non indicate nelle Prestazioni Sanitarie citate nell'Art. 5;
10. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa, complementare non convenzionale o Sperimentale;
11. qualsiasi Malattia connessa direttamente o indirettamente all'H.I.V., nonché le Malattie sessualmente trasmesse;
12. gli Infortuni, le Malattie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti (tranne la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
13. gli Infortuni subiti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di azioni delittuose, compiute o tentate, dell'Assicurato;
14. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni autoinflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, tranne in caso di atti compiuti dall'Assicurato per solidarietà umana o per legittima difesa;
15. gli Infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
16. gli Infortuni derivanti da salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);
17. gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale



- di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- 18. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezione, tumulto popolare, aggressione o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
- 19. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
- 20. le conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- 21. le applicazioni di carattere estetico;
- 22. i trattamenti e gli interventi di chirurgia plastica e ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici), tranne gli interventi a scopo ricostruttivo: a. anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età; b. a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi dell'Assicurazione; c. a seguito di interventi chirurgici demolitivi coperti dall'Assicurazione per tumore (cd. neoplasia maligna);
- 23. i trattamenti psicoterapici e le spese dovute a Malattie mentali e disturbi psichici in genere, e in particolare le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
- 24. l'interruzione volontaria della gravidanza (diversa, quindi, dall'Aborto terapeutico);
- 25. le cure e gli accertamenti odontoiatrici, le protesi dentarie e le cure ortodontiche necessarie a seguito di Malattia o Infortunio, tranne quanto previsto per le Prestazioni Sanitarie extraospedaliere "B.2) Accertamenti diagnostici" e "B.4) Visite specialistiche" della Garanzia Assicurativa "Spese Mediche";
- 26. le cure e gli interventi chirurgici per eliminare o correggere difetti fisici o malformazioni preesistenti rispetto alla Data di Decorrenza e le Malattie ad esse correlate, tranne quanto previsto per le Prestazioni Sanitarie ospedaliere in SSN incluse nella categoria "A.2) Indennizzo per Ricovero con intervento chirurgico su neonati in SSN" della Garanzia Assicurativa "Spese Mediche" e le Prestazioni Sanitarie incluse nella categoria "B.) Neonato" della Garanzia Assicurativa "Clinica Privata";
- 27. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza e tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici per modificare i caratteri sessuali;
- 28. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
- 29. i disturbi alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e ogni cura resa necessaria da questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di terzo grado (indice di massa corporea uguale o superiore a 40);
- 30. le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, tranne le endoprotesi impiantate in caso di Ricovero e Day Hospital con intervento chirurgico;
- 31. i trattamenti e le prestazioni non necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia od Infortunio;
- 32. le spese per lenti ed occhiali;
- 33. le spese di viaggio e dell'accompagnatore;
- 34. i ricoveri per check-up clinici (cd. ricoveri impropri).

## 6.2 Esclusioni per la Garanzia Assicurativa "Infortuni"

La Garanzia Assicurativa "Infortuni" non copre i Sinistri derivanti da questi lavori e Attività professionali:

1. manipolazione di esplosivi o materiale pirotecnico (p.es. fuochi d'artificio), trasporto di esplosivi, lavoro che preveda il trattamento di materiale radioattivo, lavoro presso raffinerie;
2. detenzione, uso o manipolazione di armi;
3. lavoro in corpi militari, di polizia e vigili del fuoco, limitatamente ai servizi esterni non d'ufficio; esercitazioni, incarichi o missioni fatti a seguito di richiamo dal congedo;
4. lavoro ad altezze superiori a 10 metri, attività di demolizione di edifici, lavori nel sottosuolo (p.es., cave, miniere, pozzi, gallerie, cisterne, serbatoi), attività speleologica, lavori su piattaforme offshore o in alto mare in genere, attività subacquee (ad esempio, palombaro, sommozzatore);
5. attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore, attori e ballerini;
6. lavoro di guida di alta montagna;
7. attività sportiva (gare, prove e relativi allenamenti). Sono inoltre esclusi:
8. Infortuni già verificatisi alla Data di Decorrenza e relative conseguenze e postumi;
9. atti compiuti volontariamente (cd. dolosi) o tentati dall'Assicurato;
10. Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata e non, inclusi, ad esempio, la guerra civile, l'insurrezione, l'occupazione militare e l'invasione, tranne in caso di Infortuni verificatisi all'estero nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi di guerra a condizione che l'Assicurato fosse già presente sul luogo degli stessi al momento dello scoppio di tali eventi;
11. Sinistri che siano diretta conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine per motivi non terapeutici o dello stato di ebbrezza (come definito dal Codice della Strada) o di ubriachezza;



12. Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un velivolo (i) non in qualità di passeggero, o (ii) di volo non di linea regolare, esercitato ad esempio da aeroclub o società private di lavoro aereo;
13. Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o radioattività, comunque sviluppatasi;
14. Sinistri derivanti da sostanze biologiche, chimiche, o energia nucleare, utilizzate per finalità di terrorismo;
15. Sinistri conseguenti alla guida di veicoli o natanti a motore senza patente, tranne in caso di guida con patente scaduta, se l'Assicurato possa dimostrare di essere stato, al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo;
16. Infortuni subiti nello svolgimento di gare, e relative prove/ allenamenti, di sci alpino, snowboard, calcio, ciclismo, equitazione, svolte sotto la responsabilità delle competenti Federazioni, da parte di Assicurati ad esse tesserati, tranne per il caso di Invalidità Permanente almeno pari al 20%;
17. pratica sportiva di queste discipline: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai, di grado superiore al terzo della scala UIAA; arti marziali in genere; atletica pesante; bob; body building; bungee jumping; canyoning (torrentismo); downhill bike; football americano; freeclimbing; hockey su ghiaccio o a rotelle; hydrospeed; immersioni con o senza autorespiratore; jet-ski; kite-surfing; lotta nelle sue varie forme; pugilato; rafting; regate o traversate in alto mare in solitaria; rugby; salto con sci o idrosci; sci d'acqua; sci o snowboard al di fuori di comprensori/stazioni sciistiche con impianti di risalita; skeleton; slittino; parkour; spedizioni esplorative; speleologia;
18. pratica di sport aerei in genere e del volo di diporto e sportivo (p.es., ultraleggeri, paracadutismo, deltaplano, parapendio, volo a vela);
19. partecipazione, anche come passeggero, a gare, corse, esibizioni di velocità o su pista, e relative prove, allenamenti, con qualsiasi mezzo o natante a motore, salvo si tratti di regolarità pura;
20. Infortuni che siano diretta conseguenza di stati depressivi, limitazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
21. interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche, tranne le conseguenze fisiche di interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche resi necessari da Infortunio coperto dall'Assicurazione.

### 6.3 Esclusioni per la Garanzia Assicurativa "Dental"

La Garanzia Assicurativa "Dental" non copre:

1. i trattamenti e le prestazioni odontoiatriche non prestati da medici odontoiatri professionisti regolarmente iscritti all'albo dei medici chirurghi e odontoiatri;
2. i trattamenti e le prestazioni fatti e/o fatturati dopo la cessazione della Garanzia Assicurativa;
3. tutte le prestazioni e i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza o durante il periodo di Carenza, tranne quanto previsto all'Art. 7.1;
4. cura o trattamento medico odontoiatrico che non consiste né in un'Emergenza odontoiatrica né in Prevenzione odontoiatrica e/o non rientrano nelle tabelle "Prestazioni Sanitarie di Emergenza odontoiatrica" e "Prestazioni Sanitarie di prevenzione odontoiatrica" di cui all'Art. 5.5.1;
5. le prestazioni a scopi estetici;
6. estrazioni di denti da latte;
7. le conseguenze di atti violenti o aggressioni in cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente;
8. stati patologici legati direttamente o indirettamente all'H.I.V. e a qualsiasi Malattia collegata con l'H.I.V.;
9. interventi chirurgici che richiedano anestesia generale o sedazione totale;
10. trattamenti ortodontici, anche se associati alla chirurgia ortognatica, prima o dopo l'intervento chirurgico;
11. Malattie mentali e disturbi psichici in genere, comprese le Malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive e quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
12. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni;
13. il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
14. gli Infortuni derivanti dallo svolgimento di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il freeclimbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
15. gli Infortuni causati da azioni volontarie (cd. dolose) compiute o tentate dall'Assicurato;
16. le conseguenze di tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato; imprese temerarie/audaci, tranne in caso di atti compiuti dall'Assicurato per solidarietà umana o legittima difesa;
17. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate



- dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche di esposizione a radiazioni ionizzanti;
18. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eventi atmosferici ed eruzioni vulcaniche;
  19. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

#### 6.4 Esclusioni per la Garanzia Assicurativa "Assistenza"

La Garanzia Assicurativa "Assistenza" non copre gli eventi dipendenti o provocati da:

1. alluvioni, inondazioni, terremoti e altri movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
2. guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, insurrezioni, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
3. atti volontari (cd. dolo) dell'Assicurato o colpa grave;
4. gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;
5. sport aerei in genere, guida ed uso di deltaplani ed altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, paracadutismo, parapendii ed assimilabili, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, arrampicata libera (free climbing), kite-surfing, immersioni con autorespiratore, sports comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, atti di temerarietà, infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale, comunque non dilettantistiche (comprese gare, prove ed allenamenti);
6. Malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la ventiseiesima settimana di gestazione e dal puerperio;
7. Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniacodepressive e relative conseguenze/complicanze;
8. Malattie preesistenti;
9. espianto e/o trapianto di organi;
10. abuso di alcolici o psicofarmaci nonché uso di stupefacenti e di allucinogeni;
11. tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole Prestazioni.

La Garanzia Assicurativa "Assistenza" ha le seguenti limitazioni:

- non copre gli Eventi che colpiscono Assicurati designati terroristi o sottoposti a misure nazionali, internazionali, dell'Unione Europea o statunitensi, (comprese le liste OFAC–Office of Foreign Assets Control > [www.treasury.gov](http://www.treasury.gov));
- non opera in Paesi sottoposti a misure di embargo totale e/o verso Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region") ossia ad oggi Cuba, Iran, Nord Corea, Siria e Regione Crimea/Sebastopoli oltre al Venezuela.

Unica eccezione è quando l'Assicurato si trovi in "pericolo di vita" in uno dei Paesi MSC & Region e in Venezuela; in tal caso saranno erogate prestazioni di Assistenza, purché non si incorra in infrazioni, neppure indirette, della normativa e delle restrizioni, tempo per tempo, applicabili. A tal fine, saranno effettuate opportune e tempestive verifiche per riscontrare l'esistenza dei presupposti e della relativa applicabilità.

#### Art. 7. Quanto durano le Garanzie Assicurative?

##### 7.1 Quando iniziano e quanto durano?

Le Garanzie Assicurative hanno durata annuale e, fatto salvo il periodo di Carenza indicato di seguito, iniziano alle ore 24:00 del giorno indicato nel Modulo di Polizza, purché sia stato pagato il Premio. Se non fosse così, si applicano le conseguenze previste all'Art. 9. **Ricorda che alle seguenti Garanzie Assicurative - attivate al momento della firma del Modulo di Polizza o successivamente - si applica un periodo di Carenza. Pertanto, queste Garanzie assicurative sono efficaci solo a partire dalle seguenti date:**

Garanzia Assicurativa	Data di efficacia della Garanzia Assicurativa
"Spese Mediche"	<p>Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malattie: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza (per le Prestazioni Sanitarie ospedaliere) o dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza (per le Prestazioni Sanitarie extraospedaliere)</li> </ul> </li> <li>• Parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza;</li> </ul>

Garanzia Assicurativa	Data di efficacia della Garanzia Assicurativa
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseguenze di Malattie insorte prima della firma del Modulo di Polizza ma non ancora conosciute/diagnosticate: <b>dal 180° giorno successivo alla Data di Decorrenza;</b></li> <li>• Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e Aborto (spontaneo o terapeutico): <b>dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza</b>, purché la gravidanza sia iniziata dopo la Data di Decorrenza.</li> </ul>
"Clinica Privata"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza;</li> <li>• Malattie: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <b>dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza</b> (per le Prestazioni Sanitarie ospedaliere) o dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza (per le Prestazioni Sanitarie extraospedaliere)</li> </ul> </li> <li>• Parto: <b>dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza;</b></li> <li>• Conseguenze di Malattie insorte prima della firma del Modulo di Polizza ma non ancora conosciute/diagnosticate: <b>dal 180° giorno successivo alla Data di Decorrenza;</b></li> <li>• Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e Aborto (spontaneo o terapeutico): <b>dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza</b>, purché la gravidanza sia iniziata dopo la Data di Decorrenza.</li> </ul>
"Indennità"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza;</li> <li>• Malattie: <b>dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza;</b></li> <li>• Parto: <b>dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza;</b></li> <li>• Conseguenze di Malattie insorte prima della firma del Modulo di Polizza ma non ancora conosciute/diagnosticate: <b>dal 180° giorno successivo alla Data di Decorrenza;</b></li> <li>• Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e Aborto (spontaneo o terapeutico): <b>dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza</b>, purché la gravidanza sia iniziata dopo la Data di Decorrenza.</li> </ul>
"Dental"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestazioni Sanitarie di Emergenza odontoiatrica: <b>dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza;</b></li> <li>• Prestazioni Sanitarie di Prevenzione odontoiatrica: <b>dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza.</b></li> </ul>

#### Ricorda che:

- se, dopo il termine di Carenza, l'Assicurato chiede Prestazioni Sanitarie per Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami clinici per la prima volta durante i suddetti termini di Carenza, se coperte ai termini di Polizza, la Compagnia le rimborserà secondo le modalità previste dalla Condizioni di Assicurazione; e
- in caso di variazioni all'Assicurazione, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa) il periodo di Carenza si applica dalla data indicata nel modulo di variazione relativo:
  - alle maggiori somme assicurate per Prestazioni sanitarie già previste nella precedente copertura;
  - alle Prestazioni sanitarie non previste nella precedente copertura;
  - alle nuove persone Assicurate.

#### 7.2 Quando si rinnovano?

Alla scadenza dell'Anno Assicurativo, l'Assicurazione si rinnova automaticamente di anno in anno (tacito rinnovo), a condizione che né il Contraente né la Compagnia abbiano dato disdetta scritta.

La disdetta può essere data almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo:

- dal Contraente, con lettera raccomandata A/R, fax o email agli indirizzi di cui all'Art. 16 oppure compilando l'apposito modulo presso le filiali della Banca;
- dalla Compagnia nei casi indicati al successivo Art.12.2 con lettera raccomandata A/R da inviare all'indirizzo del Contraente indicato sul Modulo di Polizza o a quello in seguito modificato.

#### 7.3 Quando cessano?



Le Garanzie Assicurate cessano per tutti gli Assicurati nei seguenti casi:

Evento	Data di cessazione
Decesso del Contraente	Immediata
Perdita dei requisiti del Contraente/Assicurato indicati all'Art. 3	Dal momento della perdita del requisito
Mancato pagamento del Premio (o della rata scaduta) se la Compagnia non agisce per la riscossione	6 mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti
Chiusura del conto del Contraente presso la Banca	<ul style="list-style-type: none"><li>• In caso di pagamento unico: dalla data della prima scadenza di pagamento annuale del Premio successiva alla chiusura del conto;</li><li>• In caso di pagamento mensile: dalla data di chiusura del conto.</li></ul>
Dichiarazioni inesatte o incomplete, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia	Secondo i termini previsti dagli artt. 1892 e 1893 del codice civile
Aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Compagnia	Secondo i termini previsti dall'art. 1898 del codice civile
Diritto di ripensamento del Contraente	Entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza se il Contraente, il Titolare Effettivo (se presente) o uno degli Assicurati entrano a far parte di liste di restrizione dell'operatività nazionali o internazionali
Recesso della Compagnia	Entro 30 giorni dalla scadenza annuale o in qualsiasi momento

Inoltre, le Coperture Assicurate cessano con riferimento al singolo Assicurato con:

- il compimento da parte dell'Assicurato del 75° anno di età durante il periodo di Assicurazione a seguito di tacito rinnovo (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa), a partire dalla prima scadenza annuale successiva;
- il sopravvenuto alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V e sindromi correlate con o senza AIDS di un Assicurato, con effetto immediato;
- la morte dell'Assicurato, a partire dalla prima scadenza annuale successiva;
- l'uscita di un Assicurato dal Nucleo familiare, a partire dalla prima scadenza annuale successiva.

#### Art. 8. Chi è il beneficiario delle Garanzie Assicurate?

In caso di Sinistro, il beneficiario è l'Assicurato.

Non possono essere beneficiari i cittadini o i residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America o comunque i soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > [www.treasury.gov](http://www.treasury.gov)).

#### Art. 9. Come si calcola e come si paga il Premio?

Per:

- **le Garanzie Assicurate "Spese Mediche" e "Clinica Privata"**, il Premio è calcolato sulla base dell'età di ogni Assicurato al momento dell'attivazione della Garanzia Assicurativa e viene adeguato annualmente in base all'età dell'Assicurato alla data di rinnovo, secondo quanto indicato nella Tabella di Variazione del Premio relativo alle Garanzie "Spese Mediche" e "Clinica Privata" della Polizza UNICA BNL; e
- **le Garanzie Assicurate "Indennità", "Infortuni" e "Dental"**, il Premio non dipende dall'età dell'Assicurato e rimane lo stesso durante tutta la durata dell'Assicurazione.



Nel calcolare il Premio, la Compagnia applica questi sconti:

- a. sconto sul numero degli Assicurati Aggiuntivi: 50% sul Premio imponibile relativo a ogni Assicurato Aggiuntivo;
- b. sconto sul numero di Garanzie Assicurative: secondo le percentuali indicate sotto, calcolate sul Premio imponibile dopo aver applicato lo sconto sul numero degli Assicurati Aggiuntivi.

Nel caso in cui si abbia diritto ad entrambi gli sconti, verrà applicato in primo luogo lo sconto numero Assicurati Aggiuntivi e successivamente lo sconto numero Garanzie Assicurate.

Numero Garanzie Assicurative attivate diverse dalla "Assistenza" (**)	Sconto percentuale sul Premio imponibile (*)
1	Nessuno sconto
2	10%
3	15%
4	20%
5	25%

(\*) Da applicarsi dopo lo sconto sul numero degli Assicurati Aggiuntivi

(\*\*) la Garanzia Assicurativa "Assistenza" non rileva ai fini del calcolo del numero delle Garanzie Assicurative attivate

**Il Premio è annuo e deve essere pagato anticipatamente con addebito sul conto corrente del Contraente presso la Banca.** Il Contraente può però scegliere, quando firma il Modulo di Polizza, di pagarlo con un unico versamento oppure in 12 rate mensili uguali (senza interessi), ferme le eventuali integrazioni dovute alla variazione degli Assicurati o delle Garanzie Assicurative attivate. Entrambe le modalità di pagamento danno diritto a regolare quietanza del pagamento del Premio.

**Il Contraente deve comunicare tempestivamente alla filiale della Banca presso cui ha stipulato l'Assicurazione l'eventuale modifica delle coordinate bancarie, fermo restando che anche quelle nuove devono sempre riferirsi a un conto corrente aperto presso la Banca. In caso di coordinate bancarie su conto presso istituto bancario diverso, l'Assicurazione cessa automaticamente dalla data della prima scadenza di pagamento annuale successiva alla chiusura del conto, senza necessità di disdetta. In caso di pagamento frazionato mensilmente, la polizza cessa alla data di chiusura del conto corrente BNL o Hello Bank!**

**Se il Contraente non paga il Premio (o le relative rate), per mancanza di fondi sul conto corrente o altro motivo, le Garanzie Assicurative restano sospese dalle ore 24:00 del 15° giorno successivo alla scadenza del pagamento non effettuato e riacquistano efficacia dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, con addebito dei Premi relativi al periodo di sospensione.**

Ogni mese, infatti, la Compagnia tenterà di addebitare il Premio sul conto, ad eccezione dell'importo relativo ad eventuali variazioni di Premio dovute all'attivazione di una o più Garanzie Assicurative o all'aggiunta di uno o più Assicurati durante il mese precedente al mancato pagamento.

**L'Assicurazione si scioglie di diritto nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, se la Compagnia non agisce per la riscossione del Premio o della rata.**

#### Art. 10. Cosa succede in caso di modifica del Premio e delle Condizioni di Assicurazione?

Se, oltre all'adeguamento in base all'età dell'Assicurato alla data di rinnovo, la Compagnia adegua tariffe e di conseguenza il Premio aumenta, comunica al Contraente la proposta di modifica con un preavviso di 60 giorni rispetto alla scadenza dell'Anno Assicurativo.

**La Compagnia comunica al Contraente la proposta di modifica con un preavviso di almeno 60 giorni rispetto alla scadenza dell'Anno Assicurativo.**

Se il Contraente non accetta le modifiche contrattuali proposte può recedere dall'Assicurazione, dando comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata A/R almeno 30 giorni prima della data di efficacia della modifica. In tal caso, l'Assicurazione cessa dalla fine dell'Anno Assicurativo in corso e il Contraente non dovrà pagare più nulla per gli anni successivi. In ogni caso, stipulando l'Assicurazione, il Contraente ha accettato che, se non comunica niente a seguito della proposta di modifica dell'importo del Premio o delle Condizioni di Assicurazione, il silenzio viene considerato come consenso alla modifica proposta.



Le eventuali modifiche delle Condizioni di Assicurazione devono essere provate per iscritto.

**Art. 11. Dove valgono le Garanzie Assicurative?**

Le Garanzie Assicurative valgono:

- in tutto il mondo, per le Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità", "Infortuni" e "Dental"; e
- in tutto il mondo per la Garanzia Assicurativa "Assistenza" salvo specifica limitazione territoriale valida per alcune Prestazioni.

**Art.12. Si può recedere dall'Assicurazione?**

**12.1 Diritto di ripensamento del Contraente**



COME RECEDERE

Quando?	In che modo?	Quali sono le conseguenze?
Entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza	<p>Compilando l'apposito modulo presso le filiali della Banca BNL (farà fede la data di consegna del modulo allo sportello bancario)</p> <p>OPPURE</p> <p>Con lettera raccomandata A/R, fax o email agli indirizzi di cui all'Art. 16</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le Garanzie Assicurative cessano con effetto retroattivo dalla Data di Decorrenza e, quindi non operano sin dall'inizio</b></li> <li>• In caso di Eventi successi prima dell'esercizio del diritto di ripensamento, la Compagnia non ha alcun obbligo di pagamento/rimborso, né di rendere le prestazioni previste dall'Assicurazione. Se un Sinistro viene infatti denunciato nei 30 giorni in cui è possibile recedere dall'Assicurazione, significa che il Contraente ha rinunciato alla possibilità di recedere</li> <li>• Il Contraente ha diritto alla restituzione parziale del Premio secondo quanto previsto all'Art. 13</li> </ul>

**12.2 Recesso della Compagnia**

Quando?	In che modo?	Quali sono le conseguenze?
Entro 30 giorni dalla scadenza annuale oppure in qualsiasi momento durante l'Anno Assicurativo se il Contraente, il Titolare Effettivo (se presente) o uno degli Assicurati entrano a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > <a href="http://www.treasury.gov">www.treasury.gov</a> )	Con comunicazione tramite lettera raccomandata A/R all'indirizzo indicato nel Modulo di Polizza (o modificato successivamente)	<b>Le Garanzie Assicurative cessano dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della raccomandata</b> Il Cliente ha diritto alla restituzione parziale del Premio secondo quanto previsto all'Art. 13.

### Art. 13. In quali casi il Premio può essere restituito dalla Compagnia?

La Compagnia restituisce il Premio, in tutto o in parte, nei seguenti casi:

- **perdita di uno o più requisiti indicati all'Art. 3.2:** La Compagnia restituisce al Contraente la parte di Premio relativa al periodo tra il giorno in cui cessano le Garanzie Assicurative e la loro scadenza originaria, al netto delle imposte, come indicate nel Modulo di Polizza. Se non è stata comunicata la perdita di uno o più requisiti, la Compagnia può applicare una penale pari ai costi sopportati per la gestione dell'Assicurazione nel periodo in cui non sapeva della sua cessazione;
- **diritto di ripensamento del Contraente dall'Assicurazione secondo quanto previsto dall'Art. 12.1:** entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso, in assenza di Sinistro, la Compagnia restituisce al Contraente la parte di Premio non goduta, al netto delle imposte effettivamente sostenute per l'emissione dell'Assicurazione; e
- **recesso della Compagnia dall'Assicurazione secondo quanto previsto dall'Art. 12.2:** la Compagnia restituisce al Contraente il Premio versato e non goduto, al netto delle imposte.

### Art. 14. Quali obblighi ulteriori ha l'Assicurato?

Oltre agli obblighi previsti da altre clausole delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato deve:

- **comunicare tempestivamente e per iscritto alla Compagnia nei modi indicati all'Art. 16 l'uscita dal Nucleo Familiare oppure il sopravvenire di alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V e sindromi correlate con o senza AIDS;**
- **sottoporsi a eventuali accertamenti e controlli medici chiesti dalla Compagnia, darle ogni relativa informazione e inviarle la documentazione medica del caso;**
- **consentire, e far sì che i suoi familiari o gli eredi consentano, la visita dei medici incaricati dalla Compagnia e qualsiasi indagine o accertamento ritenuti necessari, liberando dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato.**

### Art. 15. Cosa succede in caso di dichiarazioni inesatte o incomplete?

L'Assicurazione e il Premio sono determinati in base alle informazioni date, e alle dichiarazioni fatte, dal Contraente e dall'Assicurato, al momento della sottoscrizione, in particolare compilando il Questionario Sanitario: di conseguenza, essi hanno l'obbligo di dare informazioni veritiere, corrette complete per un'esatta valutazione del rischio da parte della Compagnia.

Il Contraente e l'Assicurato devono altresì comunicare tempestivamente alla Compagnia per iscritto anche eventuali peggioramenti o modifiche dello stato di salute e ogni altro aggravamento del rischio, sia prima che durante la decorrenza dell'Assicurazione. Ricorda quindi che:

- **in caso di modifica dello stato di salute dell'Assicurato prima della Data di Decorrenza che influisca sulle dichiarazioni contenute nel Questionario Sanitario, la Compagnia svolgerà nuovamente le formalità per la stipulazione dell'Assicurazione e avrà diritto di rifiutare la stipulazione dell'Assicurazione; e**
- **dichiarazioni inesatte o incomplete, nonché aggravamenti del rischio non conosciuti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere le prestazioni assicurative indicate nell'Art. 5 o, addirittura, la cessazione dell'Assicurazione, secondo quanto previsto dagli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del codice civile.**

Il Contraente e l'Assicurato **devono** inoltre informare per iscritto la Compagnia di ogni diminuzione del rischio e la Compagnia ridurrà il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione, ai sensi dell'articolo 1897 del codice civile, rinunciando sin d'ora a recedere dall'Assicurazione. Queste variazioni comporteranno, in ogni caso, la necessità di una sostituzione contrattuale che andrà perfezionata presso la filiale della Banca che gestisce l'Assicurazione.

### Art. 16. Come comunicare con la Compagnia?

Le comunicazioni del Contraente/Assicurato alla Compagnia riguardanti materie diverse da reclami o denunce di Sinistro devono essere inviate a mezzo posta, fax o e-mail, ad uno dei seguenti recapiti:

- a mezzo posta a, **Cardif - Back Office Protezione – Post Vendita Casella postale 550 - 20123 Milano;**
- a mezzo fax, al numero 02.30329809;
- tramite posta elettronica, per:



COME COMUNICARE  
CON LA  
COMPAGNIA



- per richieste di successive informazioni all'acquisto della Polizza: all'indirizzo e-mail [lineapersone@cardif.com](mailto:lineapersone@cardif.com)
- per richieste di informazioni: all'indirizzo e-mail [servizioclienti@cardif.com](mailto:servizioclienti@cardif.com);

Alla comunicazione deve essere allegata la copia di un valido documento di identità e del codice fiscale e, in caso di invio via e-mail, anche una scansione della comunicazione debitamente firmata.

Telefonando al numero verde del Servizio Clienti selezionando il tasto 4 al numero **800.900.515 dall'Italia dall'estero: +39 02 7722 4551 (attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00)** si potrà anche chiedere informazioni relative alle caratteristiche dell'Assicurazione.

La Compagnia, nella propria Home Page Internet ([www.bnpparibascardif.it](http://www.bnpparibascardif.it)), mette a disposizione la possibilità di accedere ad un'area riservata per consultare la propria posizione assicurativa, nei termini e secondo le modalità previste da IVASS. L'area è consultabile attraverso le credenziali assegnate al primo accesso in occasione della registrazione.

Eventuali comunicazioni della Compagnia sono indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dal Contraente/Assicurato.

La Compagnia offre anche la App "UNICA BNL" che, scaricata da Google Play oppure da Apple Store e attivata sul proprio cellulare, consente di ottenere informazioni sulle Condizioni di Assicurazione, sulle Garanzie Assicurative attive e sui Massimali, oppure di denunciare un Sinistro.



SCARICA L'APP  
DELLA POLIZZA  
UNICA BNL

#### Art. 17. Cosa fare in caso di altre Garanzie Assicurative per il medesimo rischio?

Le Garanzie Assicurative possono cumularsi con quelle di altre polizze stipulate per gli stessi rischi. Il Contraente e l'Assicurato possono non comunicare alla Compagnia l'esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze per gli stessi rischi, ma **in caso di Sinistro devono comunque darne avviso a tutte le Imprese di assicurazione interessate, indicando a ciascuna il nome degli altri assicuratori ai sensi dell'art. 1910 del codice civile. Se volontariamente non lo fanno, la Compagnia può rifiutarsi di rendere le prestazioni previste dall'Assicurazione.**

#### Art. 18. È possibile cedere o trasferire a terzi le Garanzie Assicurative o altri diritti di Polizza?

No, l'Assicurato non può in alcun modo cedere o trasferire a terzi le Garanzie Assicurative o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dall'Assicurazione.

#### Art. 19. Oneri

Eventuali imposte e altri oneri fiscali, presenti e futuri, relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente. Futuri cambiamenti della normativa fiscale applicabile al Premio verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

#### Art. 20. Quale legge si applica?

Si applica la legge italiana per tutto quanto non diversamente regolato dalle Condizioni di Assicurazione.

#### Art. 21. Quale è il foro competente in caso di controversia?

Per qualunque controversia sull'applicazione o l'interpretazione dell'Assicurazione e/o delle Garanzie Assicurative, il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio del Contraente, Assicurato e/o avente diritto.

Le controversie di natura medica potranno essere sottoposte per la decisione a un collegio arbitrale composto da tre medici.

I membri del collegio arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il collegio.

Il Collegio Arbitrale risiede e si riunisce nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti paga le proprie spese e l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo arbitro; è esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del collegio arbitrale sono prese a maggioranza di voti, senza alcuna formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi contestazione o impugnazione, salvo i casi di



violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. Viene redatto un verbale in doppia copia, uno per ognuna delle parti, con i risultati delle decisioni arbitrali. Le parti possono comunque rivolgersi al giudice. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

## Gestione del Sinistro

### Art. 22. Come si denuncia un Sinistro?

#### 22.1 Per tutte le Garanzie Assicurative

Verificatosi il Sinistro, l'Assicurato (o chi per esso) deve avvisare appena possibile la Compagnia attraverso uno di questi canali:



COME DENUNCIARE  
UN SINISTRO

Canale	Contatti
Telefono	- Numero verde dall'Italia: 800 900 515 - Numero nero dall'estero: +39 02 7722 4551 Questi numeri sono attivi: <ul style="list-style-type: none"><li>• 24/24h per 365 giorni l'anno per la Garanzia Assicurativa "Assistenza"</li><li>• dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 per le altre Garanzie Assicurative</li></ul>
Posta	Cardif c/o My Assistance Srl Via Raimondo Monte cuccoli, 20/1 - 20147 Milano per i Sinistri relativi alle Garanzie "Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità", "Infortuni" e "Dental".
Email	per le Garanzie "Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità" e "Infortuni": sinistri.cardif@myassistance.it per la Garanzia Dental: dental.cardif@myassistance.it canale non valido per la Garanzia Assistenza
Fax	<ul style="list-style-type: none"><li>• per le Garanzie "Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità" e "Infortuni" e "Dental" Fax n° 02.871819753</li><li>• per la Garanzia "Assistenza" Fax n° 02.58477203</li></ul>

Attraverso il canale telefonico, si può:

- denunciare un Sinistro o chiedere informazioni sullo stato di un Sinistro già denunciato riguardante le Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità", "Infortuni" e "Dental";
- richiedere le prestazioni della Garanzia Assicurativa "Assistenza";
- ricevere informazioni sul Network Convenzionato e sulle modalità di accesso alle Prestazioni Sanitarie con Pagamento Diretto per le Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata" e "Dental".

**Per ottenere l'Indennizzo o l'Assistenza, l'Assicurato deve:**

- **inviare alla Compagnia tutta questa documentazione:**
  - fotocopia del documento d'identità;
  - copia dello stato di famiglia;
  - IBAN cui bonificare l'eventuale importo da pagare a seguito del Sinistro; e
  - documentazione prevista nei seguenti paragrafi dall'Art. 22.2 all'Art. 22.5; e
  - ogni altro documento eventualmente richiesto dalla Compagnia;
- **sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici chiesti dalla Compagnia e darle ogni relativa informazione/documento medico; e**
- **consentire, e far sì che i familiari consentano, la visita dei medici incaricati dalla Compagnia e qualsiasi indagine o accertamento ritenuti necessari, liberando dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato, nei confronti della Struttura Organizzativa di Assistenza.**

**Ricorda che in tutti i casi la spesa per documentazione medica/referti di esami che l'Assicurato deve produrre resta**



a suo carico, mentre sono a carico della Compagnia eventuali visite medico-legali richieste presso un medico di fiducia e o accertamenti chiesti per verificare le informazioni comunicate.

Per tutte le Garanzie Assicurative, per accelerare la corretta valutazione del danno e la gestione del Sinistro, è necessario inoltrare tutta la documentazione obbligatoria richiesta. Se la documentazione inviata è incompleta, la pratica di Sinistro non può essere gestita. L'Assicurato deve consegnare alla Compagnia qualsiasi altro documento richiesto e ritenuto necessario da quest'ultima per il pagamento dell'Indennizzo.

## 22.2 Regole ulteriori per le Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità" e "Dental"

La Compagnia dà all'Assicurato la possibilità di richiedere le prestazioni offerte dall'Assicurazione sia in forma di Pagamento Diretto che di Pagamento Rimborsuale. In particolare, l'Assicurato può:

- accedere agli Istituti di Cura, Centri Medici e odontoiatrici, medici specialisti e odontoiatrici appartenenti al Network Convenzionato e, quindi, ottenere le Prestazioni Sanitarie con Pagamento Diretto delle rispettive spese da parte della Compagnia, il Network Convenzionato è consultabile:
  - all'interno dell'Area Clienti del sito [www.myassistance.it](http://www.myassistance.it)
  - al seguente link <http://www.myassistance.it/networks/network-odontoiatrico/elencostrutture.html>
  - all'interno dell' App per smartphone "UNICA BNL"
- rivolgersi ad Istituti di Cura, Centri Medici e odontoiatrici, medici specialisti e odontoiatrici non appartenenti al Network Convenzionato e, successivamente, ottenere dalla Compagnia il Pagamento Rimborsuale di quanto speso.

### Attenzione ai seguenti casi:

- sia nel caso del Pagamento Diretto che del Pagamento Rimborsuale, **la Compagnia paga entro il Massimale prestabilito, mentre restano a carico dell'Assicurato eventuali Franchigie, Scoperto o importi superiori al Massimale relativi alle singole Garanzie Assicurative;**
- le spese sostenute i giorni prima del Ricovero, Day Hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, parto cesareo, Aborto (spontaneo terapeutico), parto fisiologico, sono coperte dalle specifiche Garanzie Assicurative solo se relative a una delle pratiche mediche di cui sopra altrimenti sono considerate indennizzabili secondo quanto previsto all'Art. 5.3, sezione "B.) Prestazioni Sanitarie extraospedaliere", se tale Garanzia Assicurativa è operante;
- in caso di Malattia improvvisa o Infortunio che colpiscono l'Assicurato mentre si trova all'estero per un periodo consecutivo non superiore ai 45 giorni, **l'Assicurato deve pagare direttamente le spese per le Prestazioni Sanitarie rese da strutture e/o professionisti sanitari non appartenenti al Network Convenzionato, richiedendo poi il rimborso alla Compagnia, che provvederà secondo i limiti previsti per Pagamento Diretto** (e non quelli per il Pagamento Rimborsuale). I rimborsi sono fatti in Italia, al rientro dell'Assicurato, e in Euro, applicando il cambio, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea, del giorno in cui la spesa è stata fatta;
- in caso di Prestazioni Sanitarie coperte dalla Garanzia Assicurativa "Dental", **alla prima attivazione dell'Assicurazione l'Assicurato deve firmare la cd. scheda anamnestica e, in caso di Pagamento Rimborsuale, deve anche far compilare e firmare il modulo di rimborso dal medico odontoiatra.** Il Servizio Clienti invia questi moduli all'Assicurato o, su sua richiesta, direttamente al medico. In caso di cure odontoiatriche dovute a Infortunio:
  - l'Infortunio deve essere documentato con certificazione di pronto soccorso, ortopantomografia o ogni altro esame che documenti l'Infortunio; e
  - le relative cure odontoiatriche dovranno essere adeguate alle lesioni subite.

Il Contraente e gli Assicurati accettano che:

1. **la Compagnia non è responsabile per le Prestazioni Sanitarie e i servizi forniti dal Network Convenzionato e che, per qualsiasi controversia relativa a tali Prestazioni e servizi, dovranno rivolgersi esclusivamente ai membri del Network Convenzionato, quali unici responsabili;**
2. l'Assicurato può liberamente scegliere se ricevere le Prestazioni Sanitarie dal Network Convenzionato con Pagamento Diretto oppure da altre strutture con Pagamento Rimborsuale;
3. eventuali modifiche del Network Convenzionato o la cessazione/variazione delle condizioni di convenzionamento non sono motivo di cessazione anticipata dell'Assicurazione; e
4. i Massimali, Scoperti, Franchigie o altri limiti possono essere diversi a seconda della scelta tra Pagamento Diretto e Pagamento Rimborsuale.

### A. Come ricevere Prestazioni Sanitarie attraverso il Network Convenzionato con Pagamento Diretto

Per beneficiare delle Prestazioni Sanitarie con Pagamento Diretto, l'Assicurato deve sempre contattare prima il Servizio Clienti secondo le modalità previste all'Art. 22.1, inviando:

- in caso di Prestazione Sanitaria extraospedaliera, prescrizione compilata dal medico di base o dallo specialista con



- nome e cognome dell'Assicurato, patologia accertata o presunta, data d'insorgenza della patologia e tipo di Prestazione Sanitaria da eseguire (p.es., visita ortopedica, ecografia addome completo);
- in caso di Prestazione Sanitaria ospedaliera, prescrizione compilata dal medico di base o dallo specialista con nome e cognome dell'Assicurato, patologia accertata o presunta, data d'insorgenza della patologia, modalità di esecuzione della Prestazione Sanitaria (p.es., Ricovero, Day Hospital, intervento chirurgico ambulatoriale), tipo di Prestazione Sanitaria richiesta (ad esempio, l'intervento chirurgico da eseguire, senza intervento chirurgico l'iter diagnostico e terapeutico, interventi ambulatoriali di asportazione tipo, localizzazione e dimensioni del tessuto da asportare, etc.);
  - referto di Pronto Soccorso o altra documentazione (p.es. radiografia, RMN, ortopantomografia, - OTP) che certifichi oggettivamente l'Infortunio.

La Struttura Operativa può richiedere altra documentazione medica o esiti di esami, se necessario per autorizzare la Prestazione Sanitaria con Pagamento Diretto.

Entro il giorno lavorativo successivo alla richiesta, il Servizio Clienti prenota le Prestazioni Sanitarie chieste dall'Assicurato presso una struttura del Network Convenzionato, indicata dall'Assicurato. L'Assicurato, arrivato nell'Istituto di Cura o un altro centro del Network Convenzionato, **deve compilare una richiesta di Prestazione Sanitaria, indicando i motivi della Prestazione Sanitaria richiesta. Questo documento viene considerato a tutti gli effetti come denuncia di Sinistro.**

La Presa in carico del Sinistro comporta il pagamento di ogni fattura/ricevuta (fiscalmente regolare) emessa dal Network Convenzionato secondo i termini delle Condizioni di Assicurazione.

#### Ricorda che:

- se l'Assicurato non telefona al Servizio Clienti per richiedere l'autorizzazione preventiva ad eseguire la prestazione presso il Network Convenzionato, non si applicherà il Pagamento Diretto ma il Pagamento Rimborsuale come indicato al successivo punto B; e
- se, dopo aver ricevuto l'autorizzazione dal Servizio Clienti, dovesse emergere l'invalidità dell'Assicurazione o l'inoperatività della Garanzia Assicurativa, la Struttura Operativa lo comunica per iscritto all'Assicurato, il quale deve rimborsare alla Struttura Operativa tutte le somme già pagate all'Istituto di Cura. Se l'Assicurato non restituisce il rimborso ricevuto, la Struttura Operativa può agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto ingiustamente pagato.

#### B. Come ricevere Prestazioni Sanitarie fuori dal Network Convenzionato con Pagamento Rimborsuale

Se l'Assicurato si è rivolto a strutture sanitarie non appartenenti al Network Convenzionato e ha pagato le Prestazioni Sanitarie ricevute, entro 10 giorni dal termine delle cure o comunque appena possibile, deve comunicare il Sinistro alla Compagnia secondo le modalità indicate all'Art. 22.1, unitamente a:

- copia delle fatture o parcelle di spesa valide ai fini fiscali;
- Cartella Clinica completa con scheda di dimissione ospedaliera in caso di Ricovero (anche in Day Hospital) appena possibile;
- relazione medica dettagliata che conferma la natura della patologia e le Prestazioni Sanitarie effettuate, in caso di intervento chirurgico ambulatoriale. Per i soli interventi chirurgici ambulatoriali di asportazione, deve essere specificato anche il tipo di lesione, la sede e le dimensioni, allegando l'eventuale esame istologico;
- prescrizione compilata dal medico di base o dallo specialista che conferma, in caso di prestazioni extra-ospedaliere:
  - il tipo di Prestazione Sanitaria (p.es., vista ortopedica, ecografia addome completo);
  - la patologia accertata o presunta e, la data d'insorgenza della stessa;  
Se l'Assicurato non è in possesso della prescrizione medica può inviare in alternativa il referto medico rilasciato dallo specialista che ha effettuato la Prestazione Sanitaria.
- referto di pronto soccorso o altra documentazione che certifichi oggettivamente l'Infortunio (se presente).

La Struttura Operativa può richiedere altra documentazione (p.es. radiografia, RMN, Ortopantomografia - OPT) medica o esiti di esami se necessario, per valutare l'autorizzazione al Pagamento Rimborsuale una volta completati i controlli medicoamministrativi.

**Ricorda che, se dopo aver ricevuto il Pagamento Rimborsuale, questo Pagamento dovesse risultare non dovuto, la Struttura Operativa può chiederne la restituzione all'Assicurato secondo le modalità previste.**

#### C. Prestazioni Sanitarie presso una struttura del Network Convenzionato e medici specialisti non convenzionati:

Se l'Assicurato si è rivolto a una struttura sanitaria del Network Convenzionato e a medici specialisti non



convenzionati, la Compagnia provvede solo al Pagamento Rimborsuale (tranne nel caso di Prestazioni Sanitarie della Garanzia Assicurativa "Dental").

### 22.3 Regole ulteriori per la Garanzia Assicurativa "Indennità"

Per richiedere la Prestazione Sanitaria l'Assicurato deve inviare, secondo le modalità indicate all'Art. 22.1:

- Cartella Clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con Intervento chirurgico anche in regime di Day Hospital;
- dettagliata relazione del medico specialista attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- referto di Pronto Soccorso (se presente) o altra documentazione che certifichi oggettivamente l'infortunio, per determinare la classe di appartenenza dell'intervento chirurgico tra quelle indicate all'Allegato 1 "Classificazione degli interventi chirurgici in classi".

### 22.4 Regole ulteriori per la Garanzia Assicurativa "Infortuni"

Per richiedere la Prestazione Sanitaria, l'Assicurato deve inviare, secondo le modalità indicate all'Art. 22.1:

- la denuncia di Sinistro con luogo, giorno e ora dell'Infortunio e relative cause;
- il certificato medico che attesta l'entità e la sede delle lesioni;
- l'eventuale certificazione di pronto soccorso rilasciata entro 48 ore dall'Evento;
- una copia dell'eventuale Cartella Clinica o verbale delle Autorità intervenute sul luogo dell'incidente.

Fino alla guarigione, l'Assicurato deve inviare certificati medici periodici, oltre a un certificato finale a conferma della stabilizzazione dello stato di salute e del grado di Invalidità Permanente, rilasciato dagli enti previdenziali competenti (INAIL, INPS) o da un medico legale o del lavoro. Non è considerato valido il certificato rilasciato da un medico di medicina generale.

La percentuale di Invalidità Permanente può essere valutata solo quando lo stato di salute si stabilizza. Se prima della stabilizzazione l'Assicurato muore per una causa diversa da quella che ne ha provocato l'Invalidità Permanente, il diritto all'Indennizzo passa agli eredi se, dalla documentazione sanitaria disponibile, sia oggettivamente determinabile l'indennizzabilità dell'Evento e sia prevedibile il grado di Invalidità Permanente come sarebbe risultato dopo la stabilizzazione.

### 22.5 Regole ulteriori per la Garanzia Assicurativa "Assistenza"

Per richiedere Assistenza, l'Assicurato deve telefonare direttamente alla Struttura Organizzativa di Assistenza ai numeri indicati all'Art. 22.1.

**Ricorda che** l'Assicurato non può richiedere eventuali rimborsi di quanto pagato per Assistenza ricevuta autonomamente, tranne se la Compagnia è stata prima contattata dall'Assicurato ma non è stata oggettivamente in grado di fornire l'Assistenza richiesta, e ha autorizzato l'Assicurato a provvedere in autonomia. Se l'Assicurato non ha contattato prima la Compagnia, può perdere il diritto a beneficiare della Garanzia Assicurativa, anche nel caso in cui era impossibilitato a contattare la Struttura Organizzativa di Assistenza.

### Art. 23. Quando sarà pagato l'Indennizzo?

La Compagnia paga l'Indennizzo entro i 30 giorni dopo avere ricevuto tutta la documentazione che è stata richiesta, comprese eventuali integrazioni.

Ogni pagamento potrà avvenire solo:

- in Euro;
- verso un conto corrente intestato all'avente diritto di un istituto di credito con sede nello Spazio Economico Europeo e, comunque, aperto presso un'agenzia bancaria che si trova in uno Stato membro dello Spazio Economico Europeo.

In nessun caso la Compagnia può pagare importi a residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America o comunque i soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > [www.treasury.gov](http://www.treasury.gov)).



# Reclami

## Art. 24. A chi inviare un eventuale reclamo?

### 24.1 Reclami alla Compagnia

Eventuali reclami riguardanti il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto delle Garanzie Assicurative o sulla gestione dei Sinistri), devono essere inviati via posta, telefax o e-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente indirizzo:

**Cardif – Ufficio Reclami**

**Piazza Lina Bo Bardi, 3**

**20124 Milano**

**e-mail [reclami@cardif.com](mailto:reclami@cardif.com)**

**fax 0277.224.265**

**Inoltre, è possibile inviare reclamo utilizzando il webform presente sul sito internet della Compagnia:**

[www.bnpparibascardif.it](http://www.bnpparibascardif.it)

La Compagnia deve rispondere entro 45 giorni da quando riceve il reclamo.

Se chi invia il reclamo non si ritiene soddisfatto della risposta ricevuta o se la Compagnia non risponde nel termine di 45 giorni, si può inviare il reclamo all'IVASS, con copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale risposta di quest'ultima, secondo le modalità previste al seguente Art. 24.3.

### 24.2 Reclami all'intermediario assicurativo

Se il reclamo riguarda il comportamento dell'intermediario assicurativo che ha distribuito l'Assicurazione o la violazione di norme cui è soggetto l'intermediario (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), deve essere inviata una comunicazione scritta a quest'ultimo con le modalità indicate nella documentazione informativa prevista dalle norme vigenti e consegnata dallo stesso intermediario al Contraente.

L'intermediario deve rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Se non lo facesse o se il reclamante non fosse soddisfatto della risposta, quest'ultimo può rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate, allegando il reclamo e l'eventuale risposta dell'intermediario.

### 24.3 Reclami all'IVASS

I reclami che riguardano la violazione della normativa di settore devono essere inviati, a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS:

**IVASS - Servizio tutela del consumatore**

**Via del Quirinale 21**

**00187 Roma**

**[ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it)**

**fax 06.42133206**

In ogni caso, per la stesura del reclamo è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it) e sul sito della Compagnia ([www.bnpparibascardif.it](http://www.bnpparibascardif.it) - sezione dedicata ai reclami).

L'autorità di vigilanza del paese di origine della Compagnia è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), alla quale è possibile inviare il reclamo seguendo le indicazioni del sito:

<http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-lacp.html>

Il reclamo deve indicare con chiarezza:

- il suo nome, cognome, domicilio ed eventuale recapito telefonico
- la Compagnia, l'intermediario o i soggetti nei confronti dei quali lei presenta il reclamo
- i motivi del reclamo e la documentazione a supporto.

In ogni caso, può rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, previo ricorso alla mediazione (come da procedura disciplinata dal Decreto Legislativo n° 28 del 4 marzo 2010).

Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito [www.ec.europa.eu/fin-net](http://www.ec.europa.eu/fin-net) - chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.



COME FARE UN  
RECLAMO

## Protezione dei dati personali



### A. Base giuridica del trattamento dei dati personali

Come parte dell'Assicurazione e in qualità di titolare del trattamento, la Compagnia è tenuta ad acquisire alcuni dati personali riferiti al Contraente, all'Assicurato ovvero ai soggetti che li rappresentano, o al Titolare Effettivo (di seguito, in generale, il "Cliente"), che sono tutelati dal Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR").

Il conferimento dei dati personali richiesti dalla Compagnia è necessario per il perfezionamento e la gestione dell'Assicurazione e in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici. Se il conferimento dei dati personali richiesti dalla Compagnia fosse facoltativo, tale possibilità sarebbe indicata al momento della raccolta dei dati. Le informazioni di seguito fornite riguardano anche, per quanto applicabili, i trattamenti di dati personali eventualmente posti in essere da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", come di seguito specificati, ferma la facoltà per gli stessi di rendere autonoma informativa.

### B. Finalità del trattamento dei dati

I dati personali raccolti dalla Compagnia sono necessari:

#### (i) Per adempiere ad obblighi di legge e di regolamento, laddove applicabili

La Compagnia tratta i dati personali del Cliente per adempiere a molteplici obblighi di legge e di regolamento, anche tra cui:

- Adempimento di obblighi connessi all'esercizio dell'attività assicurativa;
- Prevenzione delle frodi assicurative;
- Prevenzione del riciclaggio di denaro e del finanziamento del terrorismo;
- Contrasto all'evasione fiscale e adempimento degli obblighi di controllo fiscale e di notifica;
- Monitoraggio e segnalazione dei rischi in cui l'organizzazione potrebbe incorrere;
- Risposta ad una richiesta ufficiale di un'autorità pubblica o giudiziaria debitamente autorizzata.

Per tali finalità i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni alla Compagnia, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione; autorità finanziarie o giudiziarie, arbitri e mediatori, agenzie statali o enti pubblici, enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa, su richiesta e nei limiti consentiti dalla legge.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede della Compagnia.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte della Compagnia e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

#### (ii) Per l'esecuzione di un contratto di cui il Cliente è parte o per l'esecuzione di misure precontrattuali, adottate su sua richiesta

La Compagnia tratta i dati personali del Cliente per stipulare ed eseguire i relativi contratti, incluso:

- la definizione del profilo di rischio assicurativo del Cliente e dei costi a suo carico;
- la prestazione dei servizi assicurativi che riguardano il Cliente;
- la gestione dei Sinistri assicurativi, la relativa liquidazione e l'esecuzione delle Garanzie Assicurative;
- fornire al Cliente le informazioni richieste in merito ai contratti della Compagnia;
- l'assistenza e la risposta alle richieste;
- la valutazione della Compagnia della possibilità di offrire al Cliente un contratto di assicurazione e a quali condizioni.

Per tali finalità i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni alla Compagnia, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

- soggetti Terzi interessati dal contratto di assicurazione, nel rispetto di quanto previsto dal diritto nazionale applicabile, quali:
  - (i) i titolari del contratto, i sottoscrittori e gli assicurati, nonché i loro rappresentanti;
  - (ii) gli assegnatari di contratto o i beneficiari di surrogazione;
  - (iii) i soggetti responsabili di incidenti, le vittime, nonché i loro rappresentanti e i testimoni.
- alcuni professionisti regolamentati come operatori sanitari, avvocati, notai, trustee e auditor nonché periti e

- cliniche o strutture sanitarie.
- Società del Gruppo BNP Paribas.
- intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede della Compagnia.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte della Compagnia e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

### **(iii) Per il perseguimento di legittimi interessi della Compagnia.**

La Compagnia tratta i dati personali del Cliente per realizzare, sviluppare e gestire i propri contratti di assicurazione, per migliorare la propria gestione del rischio e per tutelare i propri diritti legali, inclusi:

- prova del pagamento del Premio o del contributo;
- prevenzione delle frodi;
- adesione a contratti di coassicurazione o di riassicurazione;
- gestione IT, inclusa la gestione dell'infrastruttura (es. piattaforme condivise) e la continuità aziendale e la sicurezza IT;
- elaborazione di modelli statistici individuali, basati sull'analisi del numero e dell'incidenza delle perdite, ad esempio per aiutare a definire il punteggio di rischio assicurativo del Cliente;
- elaborazione di statistiche, test e modelli aggregati per la ricerca e lo sviluppo, al fine di migliorare la gestione del rischio del Gruppo societario della Compagnia o al fine di migliorare prodotti e servizi esistenti o crearne di nuovi;
- lancio di campagne di prevenzione, ad esempio creazione di alert in caso di calamità naturali o incidenti stradali;
- formazione del personale della Compagnia attraverso la registrazione delle telefonate ricevute ed effettuate dal suo call center;
- personalizzazione dell'offerta della Compagnia dedicata al Cliente e di quella delle altre società del Gruppo BNP Paribas attraverso:
  - miglioramento della qualità dei propri contratti assicurativi;
  - promozione dei propri contratti di assicurazione corrispondenti alla situazione e al profilo del Cliente.

Tale obiettivo può essere raggiunto:

- segmentando i potenziali e gli attuali clienti della Compagnia;
- analizzando le abitudini dei Clienti e le loro preferenze sui vari canali di comunicazione che la Compagnia rende disponibili (e-mail o messaggi, visite al sito web della Compagnia, ecc.);
- condividendo i dati personali dei Clienti con un'altra società del Gruppo BNP Paribas, in particolare se il Cliente è – o diventerà – cliente di un'altra società del Gruppo; e
- incrociando i dati raccolti dal contratto di assicurazione che il Cliente ha già sottoscritto o del quale ha ricevuto un'offerta, con altri dati che la Compagnia già tratta su di lui (es. la Compagnia potrebbe individuare che il Cliente ha dei figli ma non ha ancora sottoscritto un'assicurazione a copertura dell'intero Nucleo Familiare).
- organizzazione di competizioni a premi, lotterie o campagne promozionali.

I dati personali del Cliente potranno essere aggregati in statistiche anonime che potranno essere offerte alle società del Gruppo BNP Paribas per contribuire allo sviluppo della loro attività. In questo caso i dati personali del Cliente non verranno mai divulgati e coloro che riceveranno queste statistiche anonime non saranno in grado di accertare l'identità del Cliente stesso.

### **C. Categorie di destinatari dei dati personali**

Per le finalità di cui ai precedenti punti 1, 2, e 3, i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni alla Compagnia, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

- intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione;
- altri assicuratori, ai co-assicuratori, ri-assicuratori e fondi di garanzia, SIM e società di gestione del risparmio; società di servizi per il quietanzamento, banche;
- Enti previdenziali se coinvolti in Sinistri assicurativi o quando la Compagnia fornisce prestazioni complementari alle prestazioni previdenziali;
- autorità finanziarie o giudiziarie, arbitri e mediatori, agenzie statali o enti pubblici, enti ed organismi del settore



- assicurativo aventi natura pubblica o associativa, su richiesta e nei limiti consentiti dalla legge;
- società del Gruppo BNP Paribas.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede della Compagnia.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte della Compagnia e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

#### D. Modalità del trattamento

I dati saranno trattati con procedure prevalentemente informatizzate, potranno essere conosciuti da dipendenti e collaboratori della Compagnia autorizzati al trattamento e/o da partner di fiducia che svolgono attività tecniche ed organizzative per conto della stessa Compagnia, in qualità di responsabili del trattamento, e saranno conservati per la durata del contratto e, al suo termine, per i tempi previsti dalle norme in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, ed assicurativi (di norma, 10 anni).

Per le menzionate finalità i dati personali del Cliente potranno essere trasferiti al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE) solo verso paesi per i quali la Commissione Europea abbia riconosciuto un livello adeguato di protezione dei dati o, in mancanza, sulla base dell'adozione delle clausole contrattuali standard approvate dalla Commissione Europea o di norme vincolanti d'impresa (per i trasferimenti infragrupo).

Per richiedere una copia di tali garanzie o dettagli su dove siano consultabili, il Cliente può inviare una richiesta scritta ai recapiti di seguito indicati.

#### E. Diritti dell'interessato

Il Cliente ha i seguenti diritti:

- diritto di **accesso**: il Cliente può ottenere informazioni riguardanti il trattamento dei propri dati personali e una copia di tali dati personali.
- diritto di **rettifica**: laddove il Cliente ritenga che i suoi dati personali siano incompleti o inesatti, potrà richiedere che tali dati personali vengano integrati e modificati.
- diritto alla **cancellazione**: il Cliente può richiedere la cancellazione dei propri dati personali, nella misura consentita dalla legge.
- diritto alla **limitazione** del trattamento: il Cliente può richiedere la limitazione del trattamento dei propri dati personali.
- diritto di **opposizione**: il Cliente può opporsi al trattamento dei propri dati personali, per motivi connessi alla propria situazione particolare. **Il Cliente ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei propri dati personali per finalità di marketing diretto, compresa la profilazione nella misura in cui sia connessa a tale marketing diretto.**
- diritto di **revocare** il suo consenso: qualora il Cliente abbia prestato il consenso al trattamento dei propri dati personali avrà sempre il diritto di revocare tale consenso in ogni momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
- diritto alla **portabilità** dei dati: ove legalmente applicabile, il Cliente ha il diritto di ricevere i propri dati personali che ha fornito alla Compagnia o, laddove tecnicamente fattibile, richiedere che vengano trasferiti a Terzi.

#### F. Contatti

Se il Cliente desidera ricevere informazioni più dettagliate sul trattamento dei suoi dati personali effettuato alla Compagnia, può consultare il documento "Informativa sulla protezione dei dati personali" disponibile al seguente indirizzo web: [www.bnpparibascardif.it](http://www.bnpparibascardif.it) (sezione "Privacy").

Tale Informativa contiene informazioni più specifiche inerenti al trattamento dei dati personali che la Compagnia, in qualità di titolare del trattamento dei dati, è tenuta a fornire al Cliente. Essa include le categorie di dati personali trattati, il loro periodo di conservazione, nonché i destinatari dei dati personali.

Per qualsiasi richiesta di informazioni o per esercitare i suoi diritti, il Cliente potrà contattare il Data Protection Officer (il "DPO", responsabile della protezione dei dati della Compagnia) a mezzo e-mail o posta ordinaria, ai seguenti recapiti:

**Data Protection Officer**

**[data.protection.italy@cardif.com](mailto:data.protection.italy@cardif.com)**

**P.za Lina Bo Bardi, 3**

**20124 Milano**

Il richiedente dovrà allegare una scansione/copia del suo documento di identità per finalità di identificazione. In conformità alla normativa applicabile, oltre ai diritti di cui sopra, il Cliente ha anche il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di Controllo competente.



## G. Dati sensibili

In alcuni casi, per esempio quando denuncia un Sinistro, la Compagnia può talvolta richiedere al Cliente di fornire dati riguardanti il proprio stato di salute, rispetto ai quali è altresì richiesto al Cliente il rilascio di un consenso esplicito al trattamento. In tal caso il consenso rilasciato dal Cliente riguarda anche i trattamenti eventualmente posti in essere, quali autonomi titolari, dai soggetti privati esterni alla Compagnia necessariamente coinvolti in relazione alla gestione del rischio assicurato ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" (come intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione altri assicuratori, co-assicuratori, riassicuratori e fondi di garanzia, SIM e Società di gestione del risparmio, società di servizi per il quietanzamento, banche, organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, soggetti terzi interessati dal contratto di assicurazione - nel rispetto di quanto previsto dal diritto nazionale applicabile, enti previdenziali se coinvolti in Sinistri assicurativi o quando la Compagnia fornisce prestazioni complementari alle prestazioni previdenziali, partners commerciali, assicurativi e bancari, arbitri e mediatori, agenzie, professionisti regolamentati come operatori sanitari, avvocati, notai, trustee e auditor nonché periti e cliniche o strutture sanitarie), società del Gruppo BNP Paribas.

Il Cliente acconsente a che i dati personali riguardanti il proprio stato di salute possano essere trattati dalla Compagnia e dai soggetti sopra indicati esclusivamente per le finalità di gestione dell'Assicurazione.

Quando il Cliente compila il Questionario sanitario non cartaceo, l'emissione o la non emissione di un'offerta e le relative condizioni - in particolare in termini di coperture, importo del Premio ed eventuali formalità mediche aggiuntive - sono determinate automaticamente, sulla base delle risposte fornite dallo stesso Cliente. Ulteriori domande possono essere rivolte al Cliente ai fini di una valutazione del rischio più accurata che consideri il suo stato di salute (comprese le Malattie che riguardano il Cliente o gli incidenti subiti in passato).

Sulla base delle risposte del Cliente, può essere emessa un'offerta assicurativa. Il Premio e la copertura di questa offerta assicurativa possono essere modificati (aggiunta di alcune esclusioni, revoca di alcune coperture).

Il Cliente ha il diritto di contestare queste decisioni automatizzate rivolgendosi ad un membro del personale della Compagnia, che deve considerare il punto di vista del Cliente. Tale diritto è esercitato secondo quanto indicato nel presente articolo e nella Sezione 7 dell'Informativa sulla protezione dei dati personali disponibile all'indirizzo web già citato.



## Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento di Polizza UNICA BNL

### GARANZIA "Spese Mediche" – RICOVERO NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

#### INDENNITÀ SOSTITUTIVA SSN

Anna, Assicurata con la Polizza UNICA BNL, ha 35 anni e le viene diagnosticata la calcolosi renale.

A seguito della diagnosi viene ricoverata nel SSN **per 2 giorni, escluso quello delle dimissioni.**

La Polizza UNICA BNL riconosce **un'Indennità giornaliera pari ad € 80.**

**Anna riceverà quindi un'Indennità pari a € 160 (€ 80 x 2 giorni).**

### GARANZIA "CLINICA PRIVATA" – RICOVERO IN CLINICA PRIVATA

#### MASSIMALE 250.000 EURO

Giulio, Assicurato con la Polizza UNICA BNL, ha 54 anni e a causa dell'insorgenza di un tumore ai polmoni necessita di un Intervento chirurgico.

#### PRESSO IL NETWORK - CON PAGAMENTO DIRETTO

Giulio, che viene ricoverato per un Intervento chirurgico presso una Clinica convenzionata e richiede l'autorizzazione al Pagamento Diretto non sosterrà alcun costo, fatta eccezione di eventuali spese non rimborsabili dalla Polizza UNICA BNL.

#### FUORI NETWORK - CON PAGAMENTO RIMBORSUALE

Giulio, che viene ricoverato per un Intervento chirurgico presso una Clinica non Convenzionata dovrà anticipare il costo del Ricovero, e successivamente, riceverà il rimborso di quanto speso con Scoperto 20% e minimo € 1.000.  
Ad Es: Costo intervento: € 20.000;  
Scoperto: € 4.000 (supera il minimo richiesto di € 1.000);  
Rimborso di Giulio: € 16.000

### GARANZIA "INDENNITÀ" – RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

#### INTERVENTO CLASSE I - INDENNIZZO € 1.000

Giovanni, Assicurato con la Polizza UNICA BNL, ha 34 anni e viene ricoverato d'urgenza per appendicite, necessita di un Intervento chirurgico.

L'intervento di Giovanni, appendicectomia con peritonite diffusa, che rientra nella classe I dell'Allegato 1 delle Condizioni di Assicurazione, dà diritto a ricevere il pagamento di un **Indennizzo pari a € 1.000**

### GARANZIA "INFORTUNI" – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

#### SOMMA ASSICURATA - € 100.000

Camilla subisce un Infortunio al femore che le provoca un'invalidità permanente di grado pari al 41%, **calcolata secondo la Tabella INAIL.**

Camilla riceverà un Indennizzo pari al 43% della Somma Assicurata di € 100.000  
**Indennizzo di Camilla: € 43.000**

### GARANZIA "DENTAL" – EMERGENZA

Giovanni, Assicurato con la Polizza UNICA BNL, ha 54 anni e a causa di un improvviso ascesso necessita di un'estrazione del dente.

#### PRESSO IL NETWORK - CON PAGAMENTO DIRETTO

Giovanni può rivolgersi ad un centro dentistico convenzionato,

#### FUORI NETWORK - CON PAGAMENTO RIMBORSUALE

Giovanni può scegliere di rivolgersi al suo dentista di fiducia



richiede l'autorizzazione al Pagamento Diretto e riceve le cure del caso gratuitamente

non convenzionato e riceverà un rimborso pari a € 23 per l'estrazione del dente. Eventuali costi aggiuntivi rimangono a carico dell'Assicurato Giovanni.

## Tabella di Variazione del Premio relativo alle Garanzie "Spese Mediche" e "Clinica Privata" della Polizza UNICA BNL

Il Premio delle Garanzie "Spese Mediche" e "Clinica Privata" viene adeguato, ad ogni scadenza annuale, in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato. La seguente tabella riporta la variazione percentuale annuale dei premi mensili al lordo delle imposte.

SPESE MEDICHE				CLINICA PRIVATA			
Età al rinnovo	Variazione % Premio	Età al rinnovo	Variazione % Premio	Età al rinnovo	Variazione % Premio	Età al rinnovo	Variazione % Premio
0-10	-	43	2,24%	0-10	-	43	2,47%
11	0,00%	44	2,19%	11	44,25%	44	2,41%
12	3,83%	45	2,14%	12	7,22%	45	2,35%
13	7,06%	46	2,10%	13	13,99%	46	2,30%
14	6,59%	47	2,05%	14	12,27%	47	2,24%
15	6,18%	48	3,25%	15	10,93%	48	3,17%
16	5,82%	49	3,15%	16	9,85%	49	3,07%
17	5,50%	50	3,05%	17	8,97%	50	2,98%
18	7,14%	51	2,96%	18	11,08%	51	2,90%
19	6,67%	52	2,87%	19	9,97%	52	2,81%
20	6,25%	53	4,05%	20	9,07%	53	4,75%
21	5,88%	54	3,89%	21	8,31%	54	4,53%
22	5,55%	55	3,75%	22	7,68%	55	4,33%
23	3,55%	56	3,61%	23	8,33%	56	4,15%
24	3,43%	57	3,49%	24	7,69%	57	3,99%
25	3,31%	58	4,73%	25	7,14%	58	7,36%
26	3,21%	59	4,52%	26	6,66%	59	6,86%
27	3,11%	60	4,32%	27	6,25%	60	6,42%
28	5,46%	61	4,14%	28	9,54%	61	6,03%
29	5,18	62	3,98%	29	8,71%	62	5,69%
30	4,92%	63	4,41%	30	8,01%	63	8,78%
31	4,69%	64	4,23%	31	7,42%	64	8,07%
32	4,48%	65	4,06%	32	6,91%	65	7,47%
33	1,76%	66	3,90%	33	3,08%	66	6,95%
34	1,73%	67	3,75%	34	2,99%	67	6,50%
35	1,70%	68	1,24%	35	2,90%	68	5,58%



Età al rinnovo	Variazione % Premio						
36	1,68%	69	1,22%	36	2,82%	69	5,28%
37	1,65%	70	1,21%	37	2,74%	70	5,02%
38	1,47%	71	1,19%	38	0,48%	71	4,78%
39	1,45%	72	1,18%	39	0,48%	72	4,56%
40	1,43%	73	-0,14%	40	0,48%	73	6,81%
41	1,41%	74	-0,14%	41	0,47%	74	6,38%
42	1,39%		2,24%	42	0,47%		2,47%

#### ESEMPIO 1

Assicurato: Luigi  
 Garanzia acquistata: Spese Mediche (Più Assistenza)  
 Età all'emissione: 40 anni  
 Premio all'emissione: 51,55 € + 2,00 € (Assistenza)= 53,55 €  
 Età al rinnovo: 41 anni  
 Premio al rinnovo: 52,28 € + 2,00 € (Assistenza) = 54,28 €  
**Variazione % del Premio – Esclusa Assistenza: 1,41%**

#### ESEMPIO 2

Assicurato: Luigi  
 Garanzia acquistata: Spese Mediche + Clinica Privata (Più Assistenza)  
 Età all'emissione: 50 anni  
 Premio all'emissione: € 128,70 + 2,00 € (Assistenza)= 130,70 €  
 Età al rinnovo: 51 anni  
 Premio al rinnovo: € 132,47 + 2,00 € (Assistenza)= 134,47 €  
**Variazione % del Premio – Esclusa Assistenza: 2,92%**

#### ESEMPIO 3

Assicurati: Luigi + Moglie + Figlio  
 Garanzie acquistate: Spese Mediche + Clinica Privata (Più Assistenza)  
 Età all'emissione dell'Assicurato Principale (Luigi): 50 anni  
 Età all'emissione della Moglie: 45 anni  
 Età all'emissione del Figlio: 15 anni  
 Premio all'emissione: € 200,15 + 4,00 € (Assistenza)= 204,15 €  
 Età al rinnovo dell'Assicurato Principale (Luigi): 51 anni  
 Età al rinnovo della Moglie: 46 anni  
 Età al rinnovo del Figlio: 16 anni  
 Premio al rinnovo: € 206,29 + 4,00 € (Assistenza)= 210,29 €  
**Variazione % del Premio – Esclusa Assistenza: 3,07%**



## ALLEGATO 1 - Classificazione degli Interventi chirurgici in classi

### CARDIOCHIRURGIA

Angioplastica coronarica singola	I
Bypass aorto coronarico singolo o multiplo	II
Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti	II
Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) interventi di, salvo gli interventi descritti	II
Cisti del cuore o del pericardio, asportazione di	II
Commisurotomia per stenosi mitralica	II
Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso	II
Embolectomia con Fogarty	I
Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tampomamento, interventi per	II
Fistole arterovenose del polmone, interventi per	II
Pericardiectomia parziale	I
Pericardiectomia totale	II
Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)	II
Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)	III
Trapianto cardiaco	III
Valvuloplastica chirurgica	II

### CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

Ablazione transcateretere	I
Angioplastica coronarica singola/multipla con o senza applicazione di Stent	I
Cateterismo destro e Sinistro, e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	I
Coronarografia circolo nativo + ev. studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo Sinistro	I
Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espanto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateretere e programmazione elettronica del pace maker (incluso costo del pace maker)	II
Valvuloplastica cardiaca	I

### CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate	II
Mastectomia semplice con eventuale linfadenectomia	I
Mastectomia sottocutanea	I
Quadrantectomia con linfadenectomie associate	II
Quadrantectomia senza linfadenectomie associate	I

### CHIRURGIA DELLA MANO

Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	I
Artrodesi carpale	I
Artrodesi metacarpo falangea e/o interfalangea	I
Artroplastica	I
Artroprotesi carpale	II
Artroprotesi metacarpo falangea e/o interfalangea	II
Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	I
Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	I
Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per	I
Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di Quervain, tenosinoviti	I
Osteotomie (come unico intervento)	I
Pseudoartrosi delle ossa lunghe, intervento per	I
Pseudoartrosi dello scafoide carpale, intervento per	I
Retrazioni ischemiche, intervento per	II
Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia	II
Rigidità delle dita	I
Sindromi canicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, ect.)	I
Sinovialectomia (come unico intervento)	I
Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	II

### CHIRURGIA DEL COLLO



Fistola esofago-tracheale, intervento per	II
Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplastiche benigne	I
Ghiandola sottomascellare, asportazione per tumori maligni	I
Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	I
Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	I
Linfoadenectomia sopraclaveare	I
Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle	II
Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	I
Tiroide, lobectomie	I
Tiroidectomia per gozzo intratoracico sia per via cervicale che per via sternotomica o toracotomia	II
Tiroidectomia subtotale	I
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale	II
Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale	II
Tracheotomia con tracheostomia sia d'urgenza che di elezione	I
Tubo laringo-tracheale, intervento per ferite del	I
Tumore maligno del collo, asportazione di	I
<b>CHIRURGIA DELL'ESOFAGO</b>	
Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	I
Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	II
Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfoadenectomia	II
Esofago, resezione parziale dell'	II
Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfoadenectomia	II
Esofagogastroplastica-esofagodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)	II
Esofagostomia	I
Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica	I
Stenosi benigne dell'esofago, interventi per	II
Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale	II
<b>CHIRURGIA DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI</b>	
Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	II
Calcolosi intraepatica, intervento per	II
Cisti o ascessi epatici da echinococco, pericistectomia	II
Colecistectomia	I
Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia	I
Colecistectomia per neoplasie non resecabili	I
Coledoco-epatico-digiuno/duodenostomia con o senza colecistectomia	II
Coledocotomia ecoledocolitotomia (come unico intervento)	II
Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia	I
Deconnessione azygos-portale per via addominale	II
Drenaggio bilio-digestivo intraepatico	I
Litotripsia per calcoli delle vie biliari principale ed accessoria (trattamento completo)	II
Papilla di Vater, exeresi	I
Papillostomia, per via transduodenale (come unico intervento)	I
Papillotomia, per via endoscopica	I
Resezioni epatiche maggiori	II
Resezioni epatiche minori	II
Trapianto di fegato	III
Vie biliari, interventi palliativi	II
<b>CHIRURGIA DELL'INTESTINO</b>	
Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	I
Appendicectomia con peritonite diffusa	I
Appendicectomia semplice	I
Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	I
Ascesso perianale, intervento per	I
By-pass gastro-intestinali o intestinali per patologie maligne	II
By-pass intestinali per il trattamento obesità patologica	II
Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per	I
Colectomia segmentaria	II



Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia	II
Colectomia totale	II
Colectomia totale con linfadenectomia	II
Colectomia con colorrafia (come unico intervento)	I
Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	I
Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)	I
Corpi estranei dal retto, estrazione per via addominale di	I
Digiunostomia (come unico intervento)	I
Diverticoli di Meckel, resezione di	I
Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	I
Emicolectomia destra con linfadenectomia	II
Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia	II
Emorroidi e ragadi, Intervento chirurgico radicale per	I
Emorroidi, Intervento chirurgico radicale	I
Enterostomia (come unico intervento)	I
Fistola anale extrasfinterica	I
Hartmann, intervento di	II
Ileostomia (come unico intervento)	I
Incontinenza anale, intervento per	I
Intestino, resezione dell'	II
Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	I
Megacolon: colostomia	I
Mikulicz, estrinsecazione sec.	I
Polipectomia per via laparoscopica	I
Procto-colectomia totale con pouch ileale	II
Prolasso rettale, intervento transanale per	I
Prolasso rettale, per via addominale, intervento per	I
Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	I
Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia	II
Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, con linfadenectomia inguinale bilaterale	II
Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del	II
Sigma, miotomia del	II
Tumore del retto, asportazione per via sacrale di	II
Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per	II
<b>CHIRURGIA DEL PANCREAS</b>	
Ascessi pancreatici, drenaggio di	I
Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	II
Derivazione pancreatico-Wirsung digestive	II
Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia	II
Fistola pancreatica, intervento per	II
Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)	II
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	II
Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia	II
Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)	II
Pancreatite acuta, interventi conservativi	II
Pancreatite acuta, interventi demolitivi	II
Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	II
Splenectomia	II
Trapianto del pancreas	III
<b>CHIRURGIA DELLA PARETE ADDOMINALE</b>	
Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per	I
Ernia crurale strozzata	I
Ernia diaframmatica	II
Ernia epigastrica semplice, strozzata o recidiva	I
Ernia inguinale con ectopia testicolare	I
Ernia inguinale semplice, strozzata o recidiva	I
Ernia ombelicale semplice o recidiva	I



Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perineale)	I
Laparocèle, intervento per	I
Linfoadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	I
Linfoadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	I
Tumore maligno della parete addominale, asportazione di	I
<b>CHIRURGIA DEL PERITONEO</b>	
Ascesso del Douglas, drenaggio	I
Ascesso sub-frenico, drenaggio	I
Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi	II
Laparotomia con resezione intestinale	II
Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili	I
Laparotomia per contusioni e ferite all'addome senza lesioni di organi interni	I
Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedano exeresi	II
Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	II
Laparotomia per peritonite diffusa	I
Laparotomia per peritonite saccata	I
Laparotomia semplice (esplorativa e/o lisi aderenze)	I
Occlusione intestinale con resezione	II
Occlusione intestinale senza resezione	I
Tumore retroperitoneale, exeresi di	II
<b>CHIRURGIA PICCOLI INTERVENTI</b>	
Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di	I
<b>CHIRURGIA DELLO STOMACO</b>	
Dumping syndrome, interventi di riconversione per	II
Ernia jatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)	I
Fistola gastro-digiuno colica, intervento per	II
Gastrectomia totale con linfoadenectomia	II
Gastrectomia totale per patologia benigna	II
Gastro-enterostomia per neoplasie non resecabili	I
Gastrostomia (PEG)	I
Piloroplastica (come unico intervento)	I
Resezione gastro-duodenale	II
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	II
Vagotomia selettiva, tronculare con piloroplastica	II
Vagotomia superselettiva	II
<b>CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE</b>	
Condilectomia (come unico intervento)	I
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale	II
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale	I
Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle	I
Formazioni cistiche endoparotidiche, enucleoresezione di	I
Fossa pterigo-mascellare, chirurgia della	II
Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	I
Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle	I
Linfoangioma cistico del collo, intervento per	I
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare	II
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale	II
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	I
Lussazione mandibolare, terapia chirurgica per	I
Mandibola, resezione parziale per neoplasia della	II
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del	II
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	II
Meniscectomia dell'articolazione temporo-mandibolare (come unico intervento)	I
Neoformazione endossea di grandi dimensioni exeresi di	I
Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	II
Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	I
Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di	I



Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per	II
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per	I
Parotidectomia parziale o totale	II
Plastica di fistola palatina	I
Ricostruzione con innesti ossei, con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	II
Tumori benigni o misti della parotide, enucleazione di	I
<b>CHIRURGIA PEDIATRICA</b>	
Asportazione tumore di Wilms	II
Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene) intervento per	II
Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale	II
Neuroblastoma addominale, endotoracico o pelvico	II
Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)	II
Occlusione intestinale del neonato, con o senza resezione intestinale	II
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice	I
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva	II
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz	II
Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del	II
Retto, prolasso con operazione addominale del	II
<b>CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA</b>	
Angiomi del viso di grandi dimensioni (oltre cm. 4 ), intervento per	I
Innesto di nervo, di tendine, osseo o cartilagineo	I
Intervento di push-back e faringoplastica	I
Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva delle	I
Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	I
Retrazione cicatriziale delle dita con innesto, intervento per	I
Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto, intervento per	I
Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	II
Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale	I
Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea	I
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	I
Riparazione di P.S.C. con lembo fasciocutaneo	I
Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo	I
Riparazione di P.S.C. o di esiti cicatriziali mediante espansione tissutale	I
Trasferimento di lembo libero microvascolare	II
Tumori maligni profondi del viso, asportazione di	I
Tumori maligni superficiali del viso, intervento per	I
<b>CHIRURGIA TORACO-POLMONARE</b>	
Ascessi, interventi per	I
Bilobectomie, intervento di	II
Cisti (echinococco od altre), asportazione di	II
Decorticazione pleuro-polmonare, intervento di	II
Enfisema bollosa, trattamento chirurgico	I
Ernie diaframmatiche traumatiche	II
Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	II
Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	I
Ferite con lesioni viscerali del torace	II
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	II
Fistole esofago bronchiali, interventi di	II
Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	I
Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)	II
Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	I
Neoformazioni del diaframma	I
Neoformazioni della trachea	I
Neoplasie maligne coste e/o sterno	I
Neoplasie maligne della trachea	II
Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino	II
Pleurectomie	II



Pleuropneumonectomia	II
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	I
Pneumonectomia, intervento di	II
Relaxatio diaframmatica	II
Resezione bronchiale con reimpianto	II
Resezione di costa soprannumeraria	II
Resezione segmentaria o lobectomia	II
Resezioni segmentarie tipiche o atipiche	II
Sindromi stretto toracico superiore	II
Timectomia	II
Toracoplastica, primo tempo	II
Toracoplastica, secondo tempo	I
Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	I
Tracheo-broncoscopia operativa	I
Trapianto di polmone	III
<b>CHIRURGIA VASCOLARE</b>	
Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto	II
Aneurismi arterie distali degli arti	I
Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronco sovraortici	II
Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	II
By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale	II
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavia	II
By-pass arterie periferiche:femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo	II
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	II
Fasciotomia decompressiva	I
Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omerale-mammaria interna-brachiale-ascellare-glutea-carotidevertebrale- succlavia-anonima	I
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche (CHIVA)	I
Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	I
Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale	II
Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	II
Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	II
Tromboendoarteriectomia e plastica arteria femorale	II
Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	II
<b>CHIRURGIA DERMATOLOGICA, CRIOTERAPIA, LASER</b>	
<b>GINECOLOGIA</b>	
Adesiolisi	I
Annessiectomia bilaterale, interventi conservativi di	II
Annessiectomia bilaterale, interventi demolitivi di	II
Annessiectomia monolaterale, interventi conservativi di	I
Annessiectomia monolaterale, interventi demolitivi di	I
Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di	I
Cisti della ghiandola del Bartolini, asportazione di	I
Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	I
Conizzazione e tracheloplastica	I
Eviscerazione pelvica	II
Fistole uterale, vescico-vaginale, retto-vaginale, intervento per	II
Incontinenza uterina, intervento per via vaginale o addominale	II
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con o senza linfadenectomia	II
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparoscopica o per via vaginale, intervento di	I
Isteropessi	I
Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per	I
Laparotomia esplorativa con linfadenectomia lombo pelvica selettiva e bioptica	II
Laparotomia per ferite e rotture dell'utero	II
Linfadenectomia laparoscopica (come unico intervento)	I



Metroplastica (come unico intervento)	I
Miomectomie per via laparoscopica e ricostruzione plastica dell'utero	I
Miomectomie per via vaginale	I
Neurectomia semplice	I
Plastica con allargamento dell'introito (compreso intervento per vaginismo)	I
Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di	I
Plastica vaginale anteriore o posteriore, intervento di	I
Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addomianle o vaginale	I
Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	I
Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale	I
Salpingectomia bilaterale	I
Salpingectomia monolaterale	I
Salpingoplastica	II
Trattamento chirurgico conservativo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelvicheannessiali	II
Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina	I
Trattamento chirurgico conservativo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	I
Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelvicheannessiali	I
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	I
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelvicheannessiali	I
Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per	II
Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per	I
Vulvectomia parziale	I
Vulvectomia parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	I
Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	II
Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di	I
Vulvectomia totale	I
<b>OSTETRICIA</b>	
Assistenza al parto con taglio cesareo conservativo o demolitivo (comprensiva della normale assistenza alla puerpera durante il Ricovero)	I
Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore	II
Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica, intervento di	I
<b>NEUROCHIRURGIA</b>	
Anastomosi vasi intra-extra cranici	II
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per	II
Carotide endocranica, legatura della	II
Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni	II
Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolarie varie, interventi di	II
Corpo estraneo intracranico, asportazione di	II
Cranioplastica	II
Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo	II
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali o ematoma extradurale	II
Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	III
Deviazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per	II
Epilessia focale, intervento per	II
Ernia del disco dorsale o lombare	I
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica	II
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	I
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	II
Fistola liquorale	II
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	II
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	II
Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	II
Gangliectomia lombare o splancnicectomia	II



Ipfisi, intervento per via transfenoidale	II
Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali	II
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari	II
Laminectomia per tumori intramidollari	II
Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di	III
Neoplasie endorachidee, asportazione di	II
Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	II
Neurolisi (come unico intervento)	I
Neuroraffia primaria (come unico intervento)	I
Neurotomia retrogasseriana, sezione entracranica di altri nervi (come unico intervento)	II
Neurotomia semplice (come unico intervento)	I
Plastica volta cranica	II
Plesso brachiale, intervento sul	II
Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche	II
Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica (compresa eventuale plastica)	II
Simpatico cervicale: denervazione del seno catotideo, intervento sul	I
Simpatico cervicale gangliectomia, intervento sul	I
Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul	I
Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul	I
Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi slancnici	II
Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul	I
Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul	I
Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul	I
Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul	I
Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul	I
Simpatico lombare: splancnicectomia, intervento sul	I
Stenosi vertebrale lombare	II
Stereotassi, intervento di	II
Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici	I
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari	III
Termorizotomia del trigemino o di altri nervi cranici	I
Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare	I
Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)	I
Traumi vertebro-midollari via anteriore o posteriore, intervento per	II
Tumori orbitali, asportazione per via endocranica	III
Tumori dei nervi periferici, asportazione di	II
Tumori della base cranica, intervento per via transorale	III
Tumori orbitali, intervento per	II
<b>OCULISTICA</b>	
<b>BULBO OCULARE</b>	
Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	I
Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	II
Enucleazione con innesto protesi mobile	I
Enucleazione o exenteratio	I
Eviscerazione con impianto intraoculare	I
<b>CONGIUNTIVA</b>	
Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto	I
Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento	I
<b>CORNEA</b>	
Cheratomileusi	I
Cheratoplastica a tutto spessore	I
Cheratoplastica lamellare	I
Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	I
Epicheratoplastica	I
Odontocheratoprotesi (trattamento completo)	I
Trapianto corneale a tutto spessore	II
Trapianto corneale lamellare	II



## CRISTALLINO

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

## MUSCOLI

Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento di	I
Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche)	I
Strabismo paralitico, intervento per	I

## INTERVENTI PER GLAUCOMA

Ciclodialisi	I
Goniotomia	I
Idrocicloretrazione, intervento di	I
Microchirurgia dell'angolo camerulare	I
Operazione fistolizzante	I
Trabeculectomia	I
Trabeculectomia + asportazione cataratta - intervento combinato	I
Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale - intervento combinato	II
Trabeculotomia	I

## ORBITA

Cavità orbitaria, plastica per	I
Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	I
Exenteratio orbitale	I
Operazione di Kronlein od orbitotomia	II
Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	I

## PALPEBRE

Tumori, asportazione con plastica per innesto	I
---	---

## RETINA

Diatermocoagulazione retinica per distacco	I
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	I
Vitrectomia anteriore e posteriore	II

## SCLERA

Sclerectomia (come unico intervento)	I
--------------------------------------	---

## VIE LACRIMALI

Dicriocistorinostomia o intubazione	I
Vie lacrimali, ricostruzione	I

## ORTOPEDIA - INTERVENTI CRUENTI

Acromioplastica anteriore	I
Alluce valgo correzione di	I
Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	II
Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)	I
Amputazione medi segmenti (trattamento completo)	I
Artrodesi vertebrale per via anteriore e/o posteriore	II
Artrodesi: grandi articolazioni	I
Artrolisi: grandi	I
Artroplastiche con materiale biologico: grandi	II
Artroplastiche con materiale biologico: medie	I
Artroprotesi polso	II
Artroprotesi spalla, parziale	II
Artroprotesi spalla, totale	II
Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)	II
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)	II



Artroprotesi: ginocchio	II
Artroprotesi: gomito, tibiotarsica	II
Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali	I
Calcaneo stop	I
Chemonucleolisi per ernia discale	I
Cisti meniscale, asportazione di	I
Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	I
Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per	II
Costruzione di monconi cinematici	I
Disarticolazione interscapolo toracica	II
Disarticolazioni, grandi	II
Disarticolazioni, medie	II
Disarticolazioni, piccole	I
Elsmie-Trillat, intervento di	I
Emipelvectomia	II
Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto	II
Epifisiodesi	I
Ernia del disco dorsale o lombare	I
Ernia del disco dorsale per via transtoracica	II
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	I
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	II
Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	I
Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di	I
Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia)	I
Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per	I
Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	I
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili (trattamento completo)	I
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili + condroabrasione (trattamento completo)	I
Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)	I
Midollo osseo, espianto di	I
Midollo osseo, trapianto di (equiparato ad Intervento chirurgico)	I
Neurinomi, trattamento chirurgico di	I
Nucleoaspirazione e/o nucleolisi lombare	I
Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	I
Osteosintesi vertebrale	II
Osteosintesi: grandi segmenti	II
Osteosintesi: medi segmenti	I
Osteosintesi: piccoli segmenti	I
Osteotomia semplice o complessa (bacino, vertebrale, etc.)	I
Prelievo di trapianto osseo con innesto	I
Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	II
Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	I
Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	I
Radio distale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	II
Rimpianti di arto o suo segmento	III
Resezione articolare	I
Resezione del sacro	II
Riallineamento metatarsale	I
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale	II
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni	I
Rimozione mezzi di sintesi	I
Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione	I
Scapulopessi	I
Scoliosi, intervento per	II
Sinoviectomia grandi e medie articolazioni (come unico intervento)	II
Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg	II
Stenosi vertebrale lombare	II



Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento	II
Tetto cotiloideo, ricostruzione di	II
Traslazione muscoli cuffia rotatori della spalla	I
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	II
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	I
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di	II
Uncoforaminotomia o vertebrotonomia (trattamento completo)	II
Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche di	II
<b>ORTOPEDIA - TENDINI, MUSCOLI, FASCE</b>	
Deformità ad asola	I
Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	I
Tenorrafia complessa	I
Tenotomia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)	I
Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	I
<b>ORL</b>	
<b>FARINGE - CAVO ORALE - OROFARINGE - GHIANDOLE SALIVARI</b>	
Neoplasie parafaringee	II
Tonsillectomia	I
Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	I
Velofaringoplastica	I
<b>NASO E SENI PARANASALI</b>	
Adenotonsillectomia	I
Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	I
Etmoide, svuotamento radicale bilaterale	I
Etmoide, svuotamento radicale monolaterale	I
Rinosettoplastica con innesti liberi di osso	II
Rino-Settoplastica ricostruttive o funzionali (escluse finalità estetiche). Compresa turbinotomia	I
Seni paranasali, intervento per mucocele	I
Seni paranasali, intervento radicale mono o bilaterale	II
Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale	I
Seno sfenoidale, apertura per via transnasale	II
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare conservativa con turbinotomie funzionali	II
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo o secondo grado monolaterale allargata	II
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di terzo grado monolaterale allargata	II
Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	I
Tumori maligni del naso e dei seni paranasali, asportazione di	II
<b>ORECCHIO</b>	
Antro-atticotomia con labirintectomia	II
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidea	II
Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidea	II
Mastoidectomia	I
Mastoidectomia radicale	II
Miringoplastica per via endoaurale	I
Miringoplastica per via retroauricolare	I
Neoplasia del padiglione, exeresi di	I
Neoplasie del condotto, exeresi di	I
Nervo vestibolare, sezione del	II
Neurinoma dell'ottavo paio asportazione di	II
Petrosectomia	II
Petrositi suppurate, trattamento delle	II
Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	II
Sacco endolinfatico, chirurgia del	II
Stapedectomia	II
Stapedotomia	II
Timpanoplastica con o senza mastoidectomia	II
Timpanoplastica secondo tempo di	I
Tumori dell'orecchio medio, asportazione di	II



## LARINGE E IPOFARINGE

Adduttori, intervento per paralisi degli	II
Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	I
Cordectomia (anche laser)	II
Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	I
Laringectomia parziale	II
Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	II
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale	II
Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	II
Laringocele	I
Laringofaringectomia totale	II

## UROLOGIA

### ENDOSCOPIA OPERATIVA

Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	I
Collo vescicale o prostata, resezione endoscopica del	I
Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	I
Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, ect.	I
Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	I
Nefrostomia percutanea bilaterale	I
Neoformazioni ureterali, resezione endoscopica di	I
Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	I
Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVP)	I
Reflusso vescico-ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	I
Ureterocele, intervento endoscopico per	I
Wall Stent per stenosi ureterali compresa nefrostomia	II

### PICCOLI INTERVENTI E DIAGNOSTICA UROLOGICA

#### PROSTATA

Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)	II
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	I

#### RENE

Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)	I
Cisti renale, resezione	I
Eminefrectomia	II
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale bilaterale (trattamento completo)	II
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale monolaterale (trattamento completo)	I
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale bilaterale (trattamento completo)	II
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale monolaterale (trattamento completo)	I
Lombotomia per ascessi pararenali	I
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)	II
Nefrectomia polare	II
Nefrectomia semplice	II
Nefropessi	I
Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento)	I
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	II
Nefroureterectomia radicale più trattamento per trombo cavale (compresa surrenectomia)	II
Pielocalicolitotomia (come unico intervento)	I
Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di	II
Pieloureteroplastica per stenosi del giunto	II
Surrenectomia (trattamento completo)	II
Trapianto del rene	III

#### URETERE

Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale bilaterale (trattamento completo)	II
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale monolaterale (trattamento completo)	I
Transuretero-uretero-anastomosi	I
Uretero-ileo-anastomosi mono o bilaterale	II
Ureterocistoneostomia bilaterale	II
Ureterocistoneostomia monolaterale	I



Ureterocutaneostomia bilaterale	II
Ureterocutaneostomia monolaterale	I
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (mono o bilaterale), intervento di	II
Ureteroileocutaneostomia non continente	II
Ureterolisi più omentoplastica	I
Ureterolitotomia lombo-iliaca	I
Ureterolitotomia pelvica	II
Ureterosigmoidostomia mono o bilaterale	II
Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell'uretra	I
Fistole uretrali	II
Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	I
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	I
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	II
Rottura traumatica dell'uretra	I
Uretrectomia totale	I
Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	I
Uretroplastiche (lombi liberi o peduncolati), trattamento completo	II
Uretrostomia perineale	I
<b>VESCICA</b>	
Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	I
Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	II
Cistectomia parziale semplice	I
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculetomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	II
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculetomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	II
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculetomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	II
Cistopessi	I
Cistorrafia per rottura traumatica	I
Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	II
Diverticulectomia	I
Estrofia vescicale (trattamento completo)	II
Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per	I
Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento)	I
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per	II
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	II
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	II
Vescicoplastica antireflusso	II
<b>APPARATO GENITALE MASCHILE</b>	
Deferenti, ricanalizzazione dei	I
Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia	II
Epididimectomia	I
Fistole scrotali o inguinali	I
Funicolo, detorsione del	I
Induratio penis plastica, interventi per	I
Corpi cavernosi (corporoplastiche, etc.) interventi sui	I
Orchidopessi mono o bilaterale	I
Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale	II
Orchiectomia sottocapsulare bilaterale	I
Orchiepididimectomia bilaterale con eventuali protesi	I
Orchiepididimectomia monolaterale con eventuali protesi	I
Pene, amputazione parziale del	I
Pene, amputazione totale con linfadenectomia	II
Pene, amputazione totale del	I
Posizionamento di protesi peniena	II
Priapismo (shunt), intervento per	I
Tumori del testicolo con eventuale linfadenectomia, interventi per	II





## ALLEGATO 2 - Tabella delle Invalidità (INAIL)

Tipologia di Sinistro	% invalidità permanente Destro	% invalidità permanente Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15%	15%
Sordità completa bilaterale	60%	60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	35%
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità applicazione di protesi	40%	40%
Altre menomazione della facoltà visiva (vedasi relativa tabella sottostante All.2)	-	-
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	15%
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde Indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per la disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	12%
Perdita totale dell'anulare	8%	8%
Perdita del mignolo	12%	12%
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	5%
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	3%
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	5%
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%



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

Per valutare menomazioni visive ed uditive si quantifica il grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi. Per menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa. Se la lesione comporta una minorazione, anziché perdita totale, le percentuali si riducono in proporzione alla funzionalità perduta.

**NOTE:**

La tabella riporta l'allegato 2 al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 che costituisce il riferimento contrattuale della Polizza.



## ALLEGATO 3 - Tabella di valutazione delle Menomazioni dell'acutezza Visiva (INAIL Industria)

TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità Permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di Infortunio agricolo.
5. In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

<b>di 10/10, 9/10, 8/10</b>	<b>15%</b>
di 7/10	18%
di 6/10	21%
di 5/10	24%
di 4/10	28%
di 3/10	32%
inferiore a 3/10	35%

6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

