

FONDO BANCHE ASSICURAZIONI

Via Tomacelli 132
00186 ROMA



FBA

Fondo Banche Assicurazioni

**CAPITOLATO SPECIALE
RSM DIPENDENTI**

LOTTO 2

1. NORME COMUNI

Art. 1.1 - Persone Assicurate

La presente assicurazione opera a favore dei soggetti la cui remunerazione è a carico dell'Azienda contraente o aderente ad eventuale Cassa di Assistenza e la cui sede operativa, intesa quale luogo di abituale prestazione di lavoro, è situata in Italia. I dipendenti inviati all'estero sono coperti entro il limite annuale di permanenza continuativa all'estero pari a 6 mesi. Possono essere inseriti in copertura anche i titolari d'azienda.

L'assicurazione è prestata in base alle forme di seguito riportate come da specifica indicazione presente nel frontespizio di polizza. Se prescelta l'assicurazione in forma **Nominativa** questa si intende prestata a favore delle persone nominativamente indicate e risultanti dagli allegati di polizza. In tale forma, l'ingresso in copertura è subordinato alla compilazione del questionario medico. Se prescelta l'assicurazione in forma **Categoria** questa si intende prestata a favore delle persone appartenenti alla categoria in rapporto di lavoro con il Contraente ed indicata in polizza, le cui generalità risultano dagli elenchi forniti alla Società dal Contraente stesso.

Inoltre, l'assicurazione può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico del dipendente, al coniuge o al convivente more uxorio ed ai figli componenti il nucleo familiare dell'Assicurato come da indicazione di polizza (**nucleo da stato di famiglia**). In tale caso, oltre alla documentazione prevista dall'art. 3.1, in caso di sinistro dovrà pertanto essere presentato il certificato di stato di famiglia.

Art. 1.2 - Entrata in vigore dell'assicurazione - Pagamento del premio

A parziale deroga dell'art. 1901 Codice Civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento. Se il Contraente non paga il premio per le rate successive, compreso l'eventuale periodo aggiuntivo di cui all'art. 1.8 - "Durata del contratto" e le previsioni di cui all'Art. 1.9 - "Cessazione anticipata del contratto", la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. I termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi.

Art. 1.3 – Durata Del Contratto e recesso

La polizza ha durata biennale con cadenza della copertura assicurativa annuale. La polizza decorre dalle ore 24:00 del 31/05/2019 con scadenza alle ore 24:00 del 31/05/2022

Art. 1.4 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti contrattuali.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 1.5 - Oneri

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, all'assicurazione ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 1.6 - Obblighi del Contraente

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

- il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione.
- gli Assicurati hanno la possibilità, collegandosi al sito internet della Compagnia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.

Il Contraente si impegna a fornire all'Impresa di assicurazioni nome cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale (se presente) degli assicurati al momento dell'entrata in copertura. Il Contraente si impegna a comunicare agli assicurati eventuali trasferimenti di agenzia e operazioni societarie straordinarie. L'impresa di assicurazioni avrà il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente sarà tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie nonché ad esibire i libri paga.

Art. 1.7 - Regolazione del premio

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un premio.

Entro il 30° giorno successivo alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa il Contraente si impegna a comunicare:

- **relativamente alla nuova annualità assicurativa**, l'effettivo numero iniziale di unità assicurate (persone o nuclei familiari) affinché la Società possa determinare il premio che il Contraente dovrà anticipare anche in qualità di premio minimo;
- **relativamente all'annualità trascorsa**, gli avvenuti inserimenti in garanzia con le corrispondenti date di decorrenza affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Per la regolazione del premio resta inteso che il premio per inserimento in garanzia per ogni unità è pari al 1/365 del premio annuo lordo per ogni giorno per cui è stata operante la copertura assicurativa.

A seguito di tali comunicazioni la Società notificherà al Contraente gli importi dovuti che dovranno essere pagati entro 30 giorni dalla notifica stessa.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti il premio da anticipare in via provvisoria per la nuova annualità sarà pari a quanto anticipato per l'annualità trascorsa e sarà considerato in conto od a garanzia di quello relativo all'annualità per la quale non sono stati adempiuti gli obblighi contrattuali. Di conseguenza la Società si riserva il diritto di sospendere il pagamento dei sinistri pendenti fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli eventi accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 1.8 - Indicizzazione del premio – Non Operante

Ad ogni scadenza annuale di polizza il premio per unità assicurata dovrà essere aumentato del 3% per l'adeguamento alla dinamica delle spese sanitarie.

Art. 1.9 - Riservatezza dei dati personali

Il Contraente si impegna a fornire agli assicurati l'Informativa Contrattuale, ai sensi dell'art. 616 c.p. e del Regolamento Europeo 2016/679, allegata a queste Condizioni di assicurazione e a restituire alla Società il consenso dell'Assicurato.

Art. 1.10 - Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

Le parti contrattuali possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa lingua per la redazione del contratto.

2. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 2.2 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'assicurazione nei loro confronti viene a cessare indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato.

Art. 2.3 - Permanenza in assicurazione - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni.

Per coloro che compiono i 75 anni in corso di copertura, la stessa vale fino alla fine dell'annualità assicurativa e pertanto non si darà seguito a rimborso del premio che si considera acquisito; l'eventuale premio pagato per l'annualità successiva verrà restituito. Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con il Contraente, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con il Contraente stesso. Allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro e pertanto non si darà seguito a rimborso del premio che si considera acquisito.

Art. 2.4 - Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato in qualità di tesserato di una federazione sportiva;*
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;*
- c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;*
- d) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*
- e) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;*
- f) le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);*
- g) le cure e le visite specialistiche relative a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici (è sempre compresa la prima visita);*
- h) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- i) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;*
- j) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quelli a scopo ricostruttivo sia da infortunio che a seguito di intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione;*
- k) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzo, gli interventi preprotesici e di implantologia;*
- l) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- m) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*
- n) degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;*
- o) ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;*
- p) cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS (c.d. protocolli sperimentali);*
- q) le cure, gli accertamenti clinico strumentali e le visite specialistiche correlate alla condizione di*

3. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 3.1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica con la prescrizione riportante il quesito diagnostico;*
- 2) allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri;*
- 3) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti;*
- 4) fornire tutta la documentazione (medica e non) che la società riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.*

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 3.2 - Criteri di liquidazione

La Società effettua il rimborso delle spese, a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione delle fotocopie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.

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

Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.

La richiesta di rimborso può essere inviata con una raccomandata A.R. e/o PEC contenente l'apposito modulo sottoscritto e la documentazione inerente.

Art. 3.3 - Controversie - Foro competente

Per ogni e qualsiasi controversia è competente esclusivamente il Foro di Roma.

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, è facoltà delle Parti conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

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

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono esser raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 3.4 - Rimborso da enti

Qualora l'Assicurato abbia presentato o debba presentare ad enti assistenziali notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, e al netto di quanto già pagato dai predetti enti.

Art. 3.5 - Somme assicurate – scoperto e franchigia

Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni garanzia fino a concorrenza della relativa somma assicurata. Tale somma deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nel frontespizio di polizza.

Il rimborso delle spese avviene per ciascuna garanzia previa eventuale applicazione dello scoperto e della franchigia indicati.

Qualora siano operanti sia la franchigia che lo scoperto, in caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

L'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato e indennizzabili a termini di contratto.

Art. 3.6 - Reti convenzionate

Rete delle "Strutture Convenzionate"

servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati ai quali gli Assicurati possono rivolgersi, attraverso l'attivazione della Centrale Operativa, per le prestazioni previste dal contratto con costi sostenuti direttamente dalla Società, ad eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa. Le modalità operative del servizio sono disciplinate dalla guida al servizio che forma parte integrante del presente contratto (Allegato 2).

Rete – Network dedicato

in collaborazione con....., ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete convenzionata di Studi odontoiatrici dove gli Assicurati possono usufruire delle prestazioni previste dalla garanzia di cui all'art. 4.8 "Cure e protesi dentarie" secondo le modalità illustrate nella Procedura Operativa (Allegato 3) che forma parte integrante del presente contratto.

Art. 3.7 - Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza

L'individuazione dell'annualità assicurativa di competenza di un sinistro avviene con il seguente criterio:

- a) In caso di ricovero, day hospital e di corresponsione dell'indennità sostitutiva di cui agli art. 4.1, 4.2, 4.11 delle condizioni di assicurazione, la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. A questa data si fa riferimento per tutte le garanzie collegate al ricovero;
- b) per le garanzie di cui agli artt. 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, 4.9, 4.10 delle condizioni di assicurazione la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa.

Art.3.8 Produzione di informazioni sui sinistri

Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso sei mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, l'Assicuratore si impegna a fornire all'Amministrazione contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà riportare per ciascun sinistro :

- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento;
- la tipologia di indennizzo (se diretto o indiretto)
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) sinistro agli atti, senza seguito;
 - b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____;
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____;

In caso di mancato rispetto di quanto previsto al comma 1 nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Assicuratore dovrà corrispondere all'Amministrazione un importo pari al 5% del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari ad € 5.000,00

L'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l'Amministrazione, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l'Amministrazione deve fornire adeguata motivazione.

Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al comma 1.

Art.3.9 Clausola Broker

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono al Broker, Brokeritaly Consulting Srl, con sede in via Aureliana 53 00187 Roma, P.IVA e C.F. 11572181003, Codice attività 66.22.01 Autorizzata all'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa RUI sez. B n. B000398343 il ruolo di cui al D. Lgs. N. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni. In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;

- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il contraente ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale società coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il broker, all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 Dlgs 209/2005 e con gli effetti per la contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;
- che le somme incassate dal broker vengano da questi rimesse agli assicuratori secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il broker trasmetterà alla/e Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti.
- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dalla contraente al broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art "Pagamento del premio";
- che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti. La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione; la stessa verrà trattenuta dal Broker sulle rimesse premi di assicurazione all'atto della loro rendicontazione;
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
- che il broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art. 112, comma 3 del Dlgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto.
- Il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del broker al RUI, istituito presso l'ISVAP con provvedimento n° 5 del 16/10/2006"

4. GARANZIE

Art. 4.1 - Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

La Società rimborsa le spese rese necessarie da malattia o infortunio, verificatisi nell'anno assicurativo, e sostenute in caso di:

A) intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio:

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di € 400. Il limite giornaliero deve intendersi elevato a € 650 in caso di ricovero in reparto di terapia sub intensiva e a € 1000 in caso di ricovero in reparto di terapia intensiva;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 60 e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni 30 per annualità assicurativa;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), col massimo di € 2.000 per intervento o ricovero.

In caso di parto con taglio cesareo la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza di € 7.500,00:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- le rette di degenza fino al limite giornaliero di € 400. Il limite giornaliero deve intendersi elevato a € 650 in caso di ricovero in reparto di terapia sub intensiva e a € 1000 in caso di ricovero in reparto di terapia intensiva;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero.

In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di € 1.600.

B) ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico per:

- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;

- rette di degenza fino al limite giornaliero di € 400. Il limite giornaliero deve intendersi elevato a € 650 in caso di ricovero in reparto di terapia sub intensiva e a € 1000 in caso di ricovero in reparto di terapia intensiva;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'incidento che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.100 per ricovero;
- ricovero per parto senza taglio cesareo, fino a concorrenza del limite di € 2.600 per annualità assicurativa (comprese le spese per il neonato) per onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero.

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e a integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al presente articolo è prestata fino a concorrenza del massimale indicato nel frontespizio di polizza da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nel frontespizio di polizza.

Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero

Il rimborso delle spese sostenute in regime di ricovero e di day hospital di cui ai precedenti punti A) e B) avviene previa applicazione di scoperti e franchigie per sinistro in base a quanto indicato nel frontespizio di polizza, ad eccezione delle spese relative a vitto, pernottamento e trasporto che saranno riconosciute entro i limiti previsti in polizza e senza applicazione di scoperti o franchigie, nonché nel caso in cui per l'effettuazione dell'intervento l'assicurato abbia pagato soltanto il ticket previsto dal SSN.

Esclusivamente per intervento chirurgico ambulatoriale il rimborso avviene previa applicazione di uno scoperto in base a quanto indicato nel frontespizio di polizza salvo il caso in cui l'assicurato abbia fatto ricorso al S.S.N con pagamento del solo ticket.

Art. 4.2 - Trasformabilità della prestazione: Indennità sostitutiva

Qualora il ricovero o la degenza in regime di Day hospital avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale - esclusi eventuali ticket - la Società corrisponderà una indennità sostitutiva di € 100 giornalieri:

- integralmente per ogni pernottamento in istituto di cura;
- al 50 % nel caso di Day Hospital.

Le eventuali spese collegate al ricovero o all'intervento elencate all'articolo 4.1 saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di contratto.

L'indennità viene corrisposta fino ad un massimo di 150 giorni per annualità assicurativa.

Art. 4.3 - Anticipo

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente – entro il limite dell'80% della somma assicurata – il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di contratto delle spese di ricovero;

- sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito, il presunto ammontare delle spese sanitarie, la descrizione della patologia che rende necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, la data prevista per il ricovero.

Art. 4.4 - Rimborso spese extraricovero

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, non collegate a ricovero:

Amniocentesi, Angiografia, Arteriografia, Cistografia, Coronarografia, Doppler, Ecografia, Ecocardiografia, Elettromiografia, Endoscopia senza prelievo biptico, Esame urodinamico completo Holter, Isterosalpingografia, Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC), Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), Scintigrafia, Tomografia ad emissione di positroni (PET), Tomografia Assiale Computerizzata (TAC),

Urografia, Mammografia, Mammografia digitale, chemioterapia, cobaltoterapia, dialisi, laserterapia a scopo fisioterapico e radioterapia. La garanzia di cui al presente articolo è operante solo se prevista nel frontespizio di polizza ed è prestata fino a concorrenza del massimale indicato da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nel frontespizio di polizza.

Le spese per amniocentesi saranno ammesse a rimborso nei seguenti casi: età dell'assicurata oltre i 35 anni, familiarità dell'assicurata con malformazioni genetiche, anomalie cromosomiche rilevate con test di screening (ecografici, biochimici e ultrascreen). Si intendono altresì comprese le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici fino a concorrenza dell'importo di € 1.100.

Il rimborso delle spese viene effettuato previa applicazione di uno scoperto per ogni prestazione o ciclo di terapia effettivamente sostenuta in base a quanto indicato nel frontespizio di polizza. Ogni richiesta di rimborso deve ricomprendere l'intero ciclo di cura.

Scoperti e franchigie non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico. L'elenco sopra indicato è da considerarsi tassativo e non suscettibile di interpretazione analogica.

Art. 4.5 - Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per:

- *onorari dei medici per visite specialistiche (escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche) intendendosi per tali quelle effettuate da medico fornito di regolare specializzazione conseguita presso la facoltà di medicina e chirurgia;*
- *analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati.*

La presente garanzia è operante solo se prevista nel frontespizio di polizza ed è prestata fino a concorrenza del massimale indicato da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nel frontespizio di polizza.

Il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate viene effettuato previa applicazione di uno scoperto per ciascuna prestazione, che rimangono a carico dell'Assicurato, come indicato nel frontespizio di polizza.

Scoperti e franchigie non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Si considerano unica prestazione anche la visita specialistica e l'accertamento diagnostico (anche se rientrante nella garanzia di cui all'art. 4.4) connessi a medesima patologia, contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in un'unica richiesta di rimborso.

Art. 4.6 - Trattamenti fisioterapici e riabilitativi

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi (compresa la logopedia). Si precisa che i trattamenti devono essere prescritti da medico specialista e possono essere svolti o all'interno di un centro specializzato o eseguiti da persone iscritte al relativo Albo delle figure professionali riconosciute dagli elenchi delle Arti e Professioni sanitarie.

In caso di infortunio si precisa che lo stesso deve essere documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si è fatto immediato ricorso.

Si precisa altresì che saranno ammesse a rimborso soltanto le prestazioni effettuate entro 2 anni dalla data dell'evento, purché in vigenza di polizza.

La presente garanzia è operante solo se prevista nel frontespizio di polizza ed è prestata fino a concorrenza del massimale indicato da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nel frontespizio di polizza.

Il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate viene effettuato previa applicazione di uno scoperto per ciascuna prestazione, che rimangono a carico dell'Assicurato, come indicato nel frontespizio di polizza.

Scoperti e franchigie non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Art. 4.7 - Cure oncologiche

La Società rimborsa le spese sostenute in regime ambulatoriale o day hospital per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica fino a concorrenza del massimale di € 5.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nel frontespizio di polizza.

Esaurito il massimale di cui al presente articolo, l'assicurato potrà chiedere il rimborso delle suddette prestazioni entro i limiti e alle condizioni tutte di cui alla Sezione 4 Garanzie.

Art. 4.8 - Cure e protesi dentarie –Garanzia Esclusa

La Società rimborsa, a deroga dell'art. 2.4 "Esclusioni" lett. K), le spese sostenute per cure dentarie. La garanzia di cui al presente articolo è operante solo se prevista nel frontespizio di polizza ed è prestata fino a concorrenza della somma assicurata indicata da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare come indicato nel frontespizio di polizza.

Il rimborso viene effettuato con l'applicazione delle percentuali indicate nel frontespizio di polizza. Nel caso in cui l'assicurato abbia fatto ricorso al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) il ticket viene rimborsato al 100%.

Art. 4.9 - Cure dentarie da infortunio

La Società rimborsa, a parziale deroga dell'art. 2.4 "Esclusioni" lett. k), le spese sostenute per cure dentarie esclusivamente dovute ad infortunio, purché l'infortunio stesso sia documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso. La garanzia di cui al presente articolo è operante solo se prevista nel frontespizio di polizza ed è prestata fino a concorrenza del massimale indicato da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare assicurato come indicato nel frontespizio di polizza.

Il rimborso viene effettuato previa applicazione dello scoperto indicato nel frontespizio di polizza sulle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato. Nel caso in cui l'assicurato abbia fatto ricorso al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) il ticket viene rimborsato al 100%.

Art. 4.10 - Lenti correttive – Garanzia Esclusa

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali (escluso il costo delle montature) esclusivamente a seguito di certificazione medica, rilasciata da medico specialista o ottico optometrista regolarmente abilitato, per modifica visus o per prima prescrizione. La garanzia di cui al presente articolo è operante solo se prevista nel frontespizio di polizza ed è prestata fino a concorrenza di euro 300,00 da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare.

Art. 4.11 - Interventi Chirurgici ad alta specializzazione

In caso di ricovero che abbia comportato un Intervento Chirurgico tra quelli indicati nell'elenco di cui all'Allegato 1, il massimale della garanzia "Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche" indicato nel frontespizio di polizza deve intendersi raddoppiato.

Il rimborso viene effettuato previa applicazione di scoperto e franchigia per sinistro come indicato nel frontespizio di polizza.

Per il rimborso delle spese collegate si rimanda alla disciplina prevista all'articolo 4.1 "Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche".

Art. 4.12 – Pacchetto Maternità Garanzia Esclusa

La Società rimborsa integralmente le ecografie e le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza, oltre a quanto previsto dagli art. 4.4 Rimborso extra ricovero e 4.5 visite specialistiche ed esami di laboratorio se operanti.

Le prestazioni potranno essere effettuate, in forma rimborsuale, sia nelle strutture non convenzionate che nelle strutture convenzionate fino a concorrenza del massimale di € 900,00 per annualità assicurativa.

ALLEGATO 1 alle Condizioni di Assicurazione**INTERVENTI CHIRURGICI AD ALTA SPECIALIZZAZIONE**

Per facilitare la consultazione dell'elenco sono stati effettuati dei raggruppamenti secondo sistema, organo od apparato, ed all'interno di ciascuno, per tipologia di intervento.

Il sistema di codici utilizzato nella classificazione ICD9-CM è articolato in quattro caratteri numerici, con i primi due che identificano generalmente un organo/apparato/sistema, mentre il terzo ed il quarto specificano sede e tipo di intervento. In alcuni casi i codici sono limitati al terzo carattere per identificare interventi che non richiedono ulteriori specificazioni ovvero che raggruppano per analogia quelli che differiscono esclusivamente per il quarto carattere.

1. Interventi sul sistema nervoso (01-05)
2. Interventi sul sistema endocrino (06-07)
3. Interventi sull'occhio (08-16)
4. Interventi sull'orecchio (18-20) associati a Interventi su naso, bocca e faringe (21-29)
5. Interventi sul sistema respiratorio (30-34)
6. Interventi sul sistema cardio vascolare (35-39)
7. Interventi sul sistema ematico e linfatico (40-41)
8. Interventi sull'apparato digerente (42-54)
9. Interventi sull'apparato urinario (55-59) e Interventi sugli organi genitali maschili (60-64)
10. Interventi sugli organi genitali femminili (65-71)
11. Interventi sull'apparato muscolo scheletrico (76-84)
12. Interventi sui tegumenti (85-86)

1. Interventi sul sistema Nervoso (01–05)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Craniotomia e craniectomia (decompressiva e/o esplorativa per ascesso epidurale, ematoma extradurale, corpo estraneo, aneurisma intracranico) e interventi su talamo e globo pallido	01.2	Craniotomia e craniectomia
	01.21	Incisione e drenaggio dei seni cranici
	01.23	Riapertura di pregressa craniotomia
	01.24	Altra craniotomia
Interventi sul talamo e sul globo pallido	01.25	Altra craniectomia
	01.52	Emisferectomia
	01.4	Interventi sul talamo e sul globo pallido
	01.41	Interventi sul talamo
	01.42	Interventi sul globo pallido
Lobectomia cerebrale	01.53	Lobectomia cerebrale (per lesione organica)
Lobotomia e trattotomia	01.32	Lobotomia e trattotomia
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale profondi e/o rimozione di tessuto di granulazione. Incisione cerebrale e delle meningi cerebrali (per igroma intracranico, ascesso cerebrale, empiema sottodurale, ematoma intracerebrale, lesione organica, cisti cerebrale, aderenze corticali, lesione delle meningi cerebrali)	01.51	Asportazione di lesione o di tessuto delle meningi cerebrali
Asportazione di lesione midollare e interventi di plastica sul midollo (meningocele e mielomeningocele spinali, spina bifida, difetti vertebrali, fratture vertebrali, aderenze)	03.4	Asportazione o demolizione di lesione del midollo o delle meningi spinali
	03.5	Interventi di plastica sulle strutture del midollo
	03.51	Riparazione di meningocele spinale
	03.52	Riparazione di mielomeningocele spinale
	03.53	Riparazione di fratture vertebrali
	03.59	Altri interventi di riparazione e di plastica sul midollo spinale
	03.6	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi

2. Interventi sul sistema Endocrino (06–07)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Tiroidectomia completa	06.4	Tiroidectomia completa
Tiroidectomia retrosternale completa	06.52	Tiroidectomia retrosternale completa
Surrenectomia parziale	07.2	Surrenectomia parziale
Surrenectomia monolaterale	07.22	Surrenectomia monolaterale
Asportazione della ghiandola pineale	07.54	Asportazione della ghiandola pineale
Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata	07.69	Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata

3. Interventi sull'Occhio (08–16)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Eviscerazione del bulbo oculare	16.3	Eviscerazione del bulbo oculare
Enucleazione del bulbo oculare	16.4	Enucleazione del bulbo oculare

Interventi sull'Orecchio (18 – 20) associati a Interventi su Naso Bocca e Faringe (21 – 29)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc	22.61	Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc
Emilaringectomia	30.1	Emilaringectomia
Laringectomia radicale	30.4	Laringectomia radicale

Interventi sul sistema Respiratorio (30–34)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale	31.75	Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale
Asportazione/demolizione di lesione tracheale	31.5	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea
Chiusura di altra fistola della trachea	31.73	Chiusura di altra fistola della trachea
Lobectomia del polmone	32.4	Lobectomia del polmone
Toracoplastica	33.34	Toracoplastica
Trapianto di polmone	33.5	Trapianto di polmone
Trapianto del blocco cuore polmone	33.6	Trapianto combinato cuore-polmone
Toracectomia	34.51	Decorticazione del polmone
	34.73	Chiusura di altra fistola del torace
	34.82	Sutura di lacerazione del diaframma

6. Interventi sul sistema Cardio-Vascolare (35 - 39)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione	35.1	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola specificata	35.10	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione	35.11	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione	35.12	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione	35.13	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione	35.14	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione
Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	35.21	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
Altra sostituzione di valvola aortica con protesi	35.22	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi	35.24	Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi
Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi	35.25	Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi	35.26	Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi
Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi	35.27	Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore	35.39	Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore
Riparazione di difetto settale nel cuore	35.5	Riparazione con protesi dei setti interatriale e interventricolare
Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)	35.6	Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)
Correzione totale di alcune anomalie cardiache congenite	35.8	Correzione totale di alcune anomalie cardiache congenite
Correzione totale di tetralogia di Fallot	35.81	Correzione totale di tetralogia di Fallot
Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare	35.82	Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare

Correzione totale del tronco arterioso	35.83	Correzione totale del tronco arterioso
Correzione totale di trasposizione di grande vaso non Itrove	35.84	Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove
Altri interventi su valvole e setti del cuore	35.9	Altri interventi su valvole e setti del cuore
Trasposizione interatriale del ritorno venoso	35.91	Trasposizione interatriale del ritorno venoso
Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare	35.92	Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare
Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta	35.93	Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta
Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare	35.94	Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare
Bypass aortocoronarico di una o più arterie coronariche	36.10	Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, SAI
	36.91	Riparazione di aneurisma dei vasi coronarici
Pericardiectomia ed escissione di lesione del cuore	37.32	Asportazione di aneurisma del cuore
Trapianto di cuore	37.5	Trapianto di cuore
Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi	38.33	Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi
Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi	38.38	Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi
Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione	38.42	Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione
Resezione di vasi intracranici con anastomosi	38.31	Resezione di vasi intracranici con anastomosi
Resezione di vasi intracranici con sostituzione	38.41	Resezione di vasi intracranici con sostituzione
Resezione dell'aorta con anastomosi	38.34	Resezione dell'aorta con anastomosi
Resezione di altri vasi toracici con anastomosi	38.35	Resezione di altri vasi toracici con anastomosi
By pass vascolare extra-intracranico	39.28	Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)
Intervento di dissezione dell'aorta	39.54	Intervento di dissezione dell'aorta
Altra riparazione di aneurismi	39.52	Altra riparazione di aneurismi
Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto	39.62	Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto
Interventi sul glomo carotideo e altri glomi vascolari	39.8	Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari

7. Interventi sul sistema Ematico e Linfatico (40 - 41)

Intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Trapianto di midollo osseo	41.00	Trapianto di midollo osseo NAS
Splenectomia totale	41.5	Splenectomia totale

8. Interventi sull'apparato Digerente (42 - 54)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Asportazione locale di diverticolo esofageo	42.31	Asportazione locale di diverticolo esofageo
Esofagectomia totale	42.42	Esofagectomia totale
Esofago-gastrostomia intratoracica	42.52	Esofago-gastrostomia intratoracica
Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove	42.84	Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove
Gastrectomia totale	43.9	Gastrectomia totale
Piloroplastica e/o dilatazione del piloro	44.2	Piloroplastica
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.40	Sutura di ulcera peptica, SAI
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.41	Sutura di ulcera gastrica
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.42	Sutura di ulcera duodenale
Esofagogastroplastica	44.65	Esofagogastroplastica
Emicolectomia destra	45.73	Emicolectomia destra
Resezione del colon trasverso	45.74	Resezione del colon trasverso
Emicolectomia sinistra	45.75	Emicolectomia sinistra
Colectomia totale intraaddominale	45.8	Colectomia totale intraaddominale
Resezione del retto per via addominoperineale	48.5	Resezione del retto per via addominoperineale
Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia	48.62	Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia
Incisione o asportazione di fistola anale	49.1	Incisione o asportazione di fistola anale

Asportazione dell'ano	49.6	Asportazione dell'ano
Lobectomia del fegato	50.3	Lobectomia del fegato
Trapianto del fegato	50.5	Trapianto del fegato
Colecistotomia e colecistostomia	51	Interventi sulla colecisti e sulle vie biliari
Anastomosi fra colecisti e dotti epatici	51.31	Anastomosi fra colecisti e dotti epatici
Coledocoenterostomia	51.36	Coledocoenterostomia
Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune	51.62	Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune
Marsupializzazione di cisti pancreatiche	52.3	Marsupializzazione di cisti pancreatiche
Pancreatectomia parziale o totale (compresa linfoadenectomia)	52.5	Pancreatectomia parziale
Pancreatectomia prossimale	52.51	Pancreatectomia prossimale
Pancreatectomia distale	52.52	Pancreatectomia distale
Pancreatectomia totale	52.6	Pancreatectomia totale
Trapianto di pancreas o di cellule di Langherans	52.8	Trapianto del pancreas

9. Interventi sull'apparato Urinario (55 - 59) e Intervento sugli Organi Maschili (60 - 64)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Nefroureterectomia	55.51	Nefroureterectomia
Nefrectomia bilaterale	55.54	Nefrectomia bilaterale
Trapianto Renale	55.6	Trapianto renale
Anastomosi uretero-intestinale	56.71	Anastomosi uretero-intestinale
Nefrocistoanastomosi SAI	56.73	Nefrocistoanastomosi SAI
Cistectomia radicale	57.71	Cistectomia radicale
Chiusura di fistola vescico-intestinale	57.83	Chiusura di fistola vescico-intestinale
Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale	57.84	Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale
Neovescica continente ed ampliamento vescicale	57.87	Neovescica continente ed ampliamento vescicale
Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria o colposospensione	59.3	Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria
Prostatectomia radicale qualsiasi tecnica	60.5	Prostatectomia radicale
Prostatectomia perineale	60.62	Prostatectomia perineale

10. Interventi sugli Organi Genitali Femminili (65 - 71)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Annessiectomia monolaterale (qualsiasi metodica)	65.3	Ovariectomia monolaterale
Isterectomia addominale totale	68.4	Isterectomia addominale totale
Isterectomia totale (qualsiasi metodica)	68.5	Isterectomia vaginale

11. Interventi sull'apparato Muscoloscheletrico (76 - 84)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Riduzione cruenta di lussazione dell'anca	79.85	Riduzione cruenta di lussazione dell'anca
Asportazione di disco intervertebrale comprensivo di artrodesi	80.50	Asportazione o demolizione di disco intervertebrale, non specificata se con artrodesi intersomatica per via anteriore
Asportazione di disco intervertebrale anche cervicale (discectomia, compresa eventuale laminectomia e decompressione)	80.51	Asportazione di disco intervertebrale
	80.81	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della spalla
Artrodesi vertebrale eccetto(qualsiasi sede e metodica) cervicale	81.00	Artrodesi vertebrale, SAI
Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore	81.04	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore
Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore	81.05	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore

Artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore	81.06	Artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore
Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi	81.07	Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi
Artrodesi lombare e lombosacrale, con approccio posteriore	81.08	Artrodesi lombare e lombosacrale, con approccio posteriore
Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio	81.09	Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio
Artrodesi vertebrale cervicale (qualsiasi metodica)	81.01	Artrodesi atlanto-epistrofea
Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore	81.02	Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore
Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore	81.03	Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore
Sostituzione totale del gomito	81.84	Sostituzione totale del gomito
Sostituzione totale dell'anca	81.51	Sostituzione totale dell'anca
Revisione di sostituzione dell'anca	81.53	Revisione di sostituzione dell'anca
Sostituzione totale di ginocchio	81.54	Sostituzione totale del ginocchio
Sostituzione della spalla (artroprotesi)	81.80	Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)
Sostituzione parziale della spalla (artroprotesi)	81.81	Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)
Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni	82.61	Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni
Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice	82.81	Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice
Amputazione a livello dell'omero	84.07	Amputazione a livello dell'omero
Amputazione addomino-pelvica	84.19	Amputazione addomino-pelvica

12. Interventi sui tegumenti (85 - 86)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Mastectomia radicale monolaterale	85.45	Mastectomia radicale monolaterale
Mastectomia radicale bilaterale	85.45	Mastectomia radicale bilaterale

Allegato 2

ALLEGATO 2 alle Condizioni di Assicurazione

Il servizio di pagamento diretto

La Rete delle “Strutture Convenzionate”

Per “Rete” si intende l'insieme delle strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura e Centri Diagnostici) e dei professionisti convenzionati, alle quali l'Assicurato potrà essere indirizzato dalla Centrale Operativa per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

Accesso ai servizi ospedalieri (ricoveri, day hospital, interventi chirurgici ambulatoriali)

L'Assicurato, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata deve contattare la Centrale Operativa almeno 5 giorni feriali prima della data della prestazione, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell'equipe medica e di valutare la congruità assicurativa della prestazione.

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell'Assicurato, all'atto della telefonata è necessario comunicare:

- nome e cognome della persona che effettua la prestazione
- contraente della polizza
- recapito telefonico mobile - per l'invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso cui sarà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- nominativo equipe medica

Alla positiva verifica della convenzione da parte della Centrale Operativa è necessario che l'assicurato trasmetta la **prescrizione medica con i seguenti elementi**:

- **indicazione della prestazione da effettuare**
- **diagnosi**
- **anamnesi prossima e remota**
- **referti esami strumentali**

La preventiva richiesta dell'assicurato, l'invio della documentazione sopra indicata e la successiva conferma da parte della Centrale Operativa **sono condizioni indispensabili per l'operatività del pagamento diretto**. All'atto del ricevimento della certificazione medica, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, **entro le 48 ore successive** autorizza la struttura convenzionata (tramite l'invio di un fax) ad effettuare la prestazione ed avvisa l'Assicurato del buon esito della pratica.

All'atto della prestazione presso una struttura convenzionata, l'Assicurato dovrà sottoscrivere l'apposita "lettera d'impegno", documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra struttura convenzionata e Assicurato, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dalla D.lgs. n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali. L'autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte della Compagnia Assicuratrice con modalità rimborsuale.

Si ribadisce che l'Assicurato avrà diritto al pagamento diretto delle spese fatturate dai professionisti e dalle strutture convenzionate solo limitatamente quando queste siano state garantite dalla Centrale Operativa.

Pagamento diretto delle spese garantite dalla polizza in caso di prestazioni sanitarie presso la Rete

Qualora la Centrale Operativa abbia autorizzato il pagamento diretto a ricovero avvenuto o a prestazione sanitaria erogata, la Compagnia Assicuratrice pagherà direttamente le spese dovute per le prestazioni mediche ed ospedaliere purché indennizzabili a termini di polizza, ferma l'applicazione dell'eventuale franchigia che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria al momento della dimissione.

L'Assicurato dovrà provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a proprio carico per prestazioni non indennizzabili a termini di polizza.

Accesso ai servizi extraospedalieri (accertamenti diagnostici/ visite specialistiche/ trattamenti fisioterapici e riabilitativi, se operante la relativa garanzia ed attivato il servizio di pagamento diretto)

Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare una **prestazione extraospedaliera** presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 2 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche.

La richiesta per attivare il pagamento diretto deve essere effettuata telefonicamente chiamando il numero dedicato e comunicando:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- contraente di polizza
- recapito telefonico mobile - per l'invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso la quale verrà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con **diagnosi o presunta diagnosi**.

Alla positiva verifica della convenzione, della struttura sanitaria e - in caso di visita specialistica - del medico specialista, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, autorizza **entro le 24 ore successive** la struttura convenzionata (tramite l'invio di un fax) ad effettuare la prestazione nel rispetto delle condizioni generali di assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura) senza contattare l'assicurato.

Nel caso in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa invierà un fax di negazione alla struttura sanitaria e contatterà l'assicurato.

L'Assicurato al momento dell'accettazione presso gli ambulatori dovrà sottoscrivere la "lettera d'impegno" (documento che riporta gli obblighi reciproci tra assicurato e struttura sanitaria convenzionata) in relazione alla prestazione e con riferimento alle condizioni di assicurazione, e consegnare la prescrizione comunicata telefonicamente alla Centrale Operativa.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte della Compagnia Assicuratrice con modalità rimborsuale.

Prestazioni pre e post ricovero

Relativamente alle prestazioni pre-ricovero, l'Assistito può chiedere l'attivazione dell'Assistenza diretta solo nel caso in cui il ricovero è stato autorizzato dalla Centrale Operativa; relativamente alle prestazioni post-ricovero, l'Assistito può chiedere l'attivazione dell'Assistenza diretta con l'invio della lettera di dimissione.

ELENCO ASSICURATI

SESSO	RUOLO	DATA NASCITA
M	DIPENDENTE	29/01/1985
F	DIPENDENTE	19/07/1976
F	DIPENDENTE	01/07/1977
F	DIPENDENTE	30/05/1979
F	DIPENDENTE	09/11/1987
F	DIPENDENTE	12/10/1972
F	DIPENDENTE	30/03/1961
M	DIPENDENTE	19/07/1981
F	DIPENDENTE	29/08/1985
M	DIPENDENTE	09/09/1977
F	DIPENDENTE	05/01/1977
F	DIPENDENTE	29/04/1976
M	DIPENDENTE	08/04/1974
F	DIPENDENTE	04/09/1968
M	DIPENDENTE	25/12/1974

ALLEGATO 3 alle Condizioni di Assicurazione

PROCEDURA OPERATIVA Cure Dentarie con attivazione di un Network dedicato

Servizi erogati da Network dedicato

- Accesso al Network dedicato ed al Tariffario Convenzionato
- Possibilità di individuare il dentista del Network più idoneo alle esigenze dell'Assistito
- Gestione degli appuntamenti
- Autorizzazione preventiva delle cure per gli Assistiti che utilizzano un dentista appartenente al Network
- Controllo delle prestazioni erogate in conformità con il piano di rimborso.
- Inserimento dei sinistri nel sistema informatico
- Reso della documentazione ai pazienti

Procedura

1. L'Assistito può contattare direttamente la struttura selezionata per fissare l'appuntamento. Entro le 24 ore precedenti la visita, l'Assistito deve notificare, tramite l'apposito form del sito (o in alternativa via e-mail, fax o telefono) le seguenti informazioni:

- Titolare di Polizza con relativa data di nascita
- Nome e Cognome dell'Assistito
- Studio odontoiatrico selezionato con relativo Comune e Provincia
- Data e orario dell'appuntamento

La Compagnia e/o strutture di assistenza provvedono a confermare allo Studio medico la presa in carico della pratica.

2. L'Assistito ha diritto di fruire delle tariffe previste nel Tariffario degli Studi Convenzionati. In ogni caso può fruire degli sconti previsti per tutte le prestazioni medico-sanitarie non comprese nell'elenco di cui al predetto Tariffario.

Lo studio odontoiatrico, prima di effettuare le prestazioni, deve contattare la Compagnia e/o struttura di assistenza per verificare se siano previste nel piano di rimborso.

3. svolta ogni opportuna verifica si provvede a tempestivamente a trasmettere all'Assistito e allo studio odontoiatrico una conferma attraverso il sito (oppure a mezzo fax, via e-mail o via posta) relativa alle prestazioni richieste dallo studio comprese nel piano di rimborso. Il documento elaborato dalla Compagnia e/o struttura di assistenza presenta il totale delle cure preventivate secondo tariffario, la quota di rimborso a carico dell'Assicurazione in conformità alle condizioni di polizza e la quota di scoperto a suo carico.

4. Una volta terminate le cure, lo studio odontoiatrico invia l'originale della fattura (oppure la copia, in base alle condizioni di polizza). Ogni singola prestazione è accompagnata dal relativo codice e da una breve descrizione. Il Network dedicato verifica che le prestazioni eseguite e le tariffe applicate corrispondano a quelle riportate nel Tariffario e che le coperture siano corrispondenti alle condizioni di rimborso.

5. Gli Assistiti che utilizzano un dentista non appartenente al network, devono far compilare l'apposito modulo di richiesta di rimborso dal medico curante ed inviarlo unitamente all'originale della fattura (o alla copia, in base alle condizioni di polizza) a:

Nel caso in cui la polizza ammetta la copia della fattura, l'Assistito può inoltrare la richiesta di rimborso online, accedendo al sito con proprie credenziali e compilando la sezione "Procedura fuori rete – Richiesta di rimborso fuori rete".

6. Effettuati gli opportuni controlli, il network dedicato provvede ad inserire il sinistro nel sistema liquidativo. In caso contrario, entro 30 giorni dalla ricezione della pratica, contatta l'Assistito/studio odontoiatrico per la notifica delle irregolarità e per richiedere, eventualmente, ulteriore documentazione.

7. Il network dedicato, una volta liquidato il sinistro, informa l'Assistito dell'avvenuta liquidazione attraverso una notifica via e-mail e provvede ad inviare la documentazione all'Assistito con il dettaglio della liquidazione.

SCHEDA DI COPERTURA

CONTRAENTE	FONDO BANCHE ASSICURAZIONI
DURATA CONTRATTUALE	Dalle ore 24.00 del 31/05/2019 Alle ore 24.00 del 31/05/2022
RISCHIO ASSICURATO	RSM DIPENDENTI
NUMERO ASSICURATI INIZIALI	15 DIPENDENTI

GARANZIE

Descrizione Garanzia	Articolo	Massimale	Scoperti e franchigie
Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche	Art. 4.1	€ 100.000,00	In rete : Nessuno Fuori Rete : Nessuno Ticket : rimborso 100 %
Riborso spese extracovero	Art. 4.4	€ 5.500,00	In rete : Nessuno Fuori Rete : Nessuno Ticket : rimborso 100 %
Visite Specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio	Art. 4.5	€ 1.600,00	In rete : Nessuno Fuori rete : scoperto del 20 % con il minimo di € 50,00 Ticket : rimborso 100 %
Trattamento fisioterapici e riabilitativi	Art. 4.6	€ 500,00	In rete: Nessuno Fuori rete : scoperto del 30 % con il minimo di € 50,00 Ticket : rimborso 100 %
Pacchetto dentarie	Art. 4.8	xxxxxxxxxxx	Garanzia esclusa
Cure dentarie da infortunio	Art. 4.9	€ 1.600,00	In rete :Nessuno Fuori rete : Nessuno Ticket : rimborso 100 %

Premio complessivo lordo per n. 15 dipendenti	€
a) Premio lordo per singolo dipendente	€
b) Premio lordo per inserimento coniuge o convivente "more uxorio"	€
c) Premio lordo per inserimento di ogni figlio	€

L'attivazione delle opzioni b) e c) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come coniuge o convivente "more uxorio" o figli risultanti nello stato di famiglia.

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE