

Protezione Salute

Assicurazione sanitaria

IL PRESENTE DOCUMENTO CONTIENE

Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni)

Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni)

Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei Termini

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Gruppo Helvetia

[helvetiaitalia.it](https://www.helvetiaitalia.it)

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

POLIZZA SALUTE

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.**, Italia – Iscritta al Reg. Imprese Ass., n. 1.00062

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

Che tipo di assicurazione è?

“Protezione Salute” è la soluzione assicurativa per la tutela della persona, del nucleo familiare o dei soci/collaboratori dai rischi relativi alle emergenze sanitarie e/o agli esborsi correlati a prestazioni mediche rese necessarie da infortunio, malattia o parto. **Puoi acquistare questo prodotto soltanto se sei titolare di un conto corrente presso la banca che ti vende il prodotto.**



Che cosa è assicurato?

È possibile scegliere tra 6 Piani assicurativi con garanzie predefinite secondo il seguente schema. Nel caso di polizza con più Assicurati, ciascun Assicurato può attivare il Piano che risulta più adatto alle sue esigenze.

PIANO ASSICURATIVO	GARANZIE OPERANTI
Smart	Indennità giornaliera Indennità ricovero in terapia intensiva
Medium	Surgical Cash Indennità giornaliera Indennità ricovero in terapia intensiva
Full Indennità giornaliera	Indennità giornaliera Indennità ricovero in terapia intensiva Visite Specialistiche Accertamenti diagnostici
Full Surgical Cash	Surgical Cash Visite Specialistiche Accertamenti diagnostici
Full Rimborso spese mediche	Rimborso Spese Mediche Indennità ricovero in terapia intensiva Visite Specialistiche Accertamenti diagnostici
Full Rimborso spese mediche e Indennità giornaliera	Indennità giornaliera Rimborso Spese Mediche Indennità ricovero in terapia intensiva Visite Specialistiche Accertamenti diagnostici

Qualunque sia il Piano assicurativo scelto è sempre compresa la garanzia “Check Up” che, in base al Piano scelto, prevede un determinato set di esami diagnostici, nonché la garanzia “Assistenza”. Ciascun Piano assicurativo è integrabile con una o più delle garanzie facoltative “Non Autosufficienza” e “Dental”, le quali prevedono il pagamento di un premio aggiuntivo.

- ✓ **Indennità giornaliera da ricovero:** è riconosciuta all'Assicurato, in caso di Ricovero con o senza Intervento chirurgico, compreso il parto e l'aborto terapeutico, un'Indennità giornaliera di importo predefinito, indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute.
- ✓ **Surgical Cash:** è riconosciuto all'Assicurato, in caso di ricovero con Intervento chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale un Indennizzo forfettario prestabilito e indipendentemente dall'importo delle spese eventualmente sostenute; gli Interventi chirurgici sono identificati e classificati in 7 classi che prevedono Indennizzi diversi in base alla complessità dell'Intervento stesso.
- ✓ **Rimborso Spese Mediche:** sono rimborsate le spese mediche sostenute in centri non convenzionati, mentre se il ricovero dell'Assicurato avviene in un centro convenzionato tali spese sono pagate direttamente dalla Compagnia;
- ✓ **Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche:** sono rimborsate le spese sostenute dall'Assicurato per visite, terapie e accertamenti resi necessari da infortunio o malattia.
- ✓ **Check up:** prevede il pagamento di un set di esami di medicina preventiva profilati per età e sesso e svolti in modo esclusivo presso poliambulatori convenzionati.
- ✓ **Assistenza:** prevede servizi e prestazioni per emergenze che possono verificarsi a seguito di infortunio o malattia.

L'assicurazione è prestata per le garanzie espressamente richiamate sul Modulo di polizza ovvero incluse nel Piano scelto.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili persone che, alla data di decorrenza della polizza, abbiano più di 65 anni compiuti per tutte le garanzie ad eccezione della garanzia “Non autosufficienza”, per la quale il limite massimo alla decorrenza è fissato a 60 anni;
- ✗ Non è assicurabile chi non risiede stabilmente in Italia;
- ✗ Non sono assicurabili donne che, alla decorrenza di polizza, siano in stato di gravidanza;
- ✗ Non sono più assicurabili le persone che in corso di contratto compiano i 75 anni (65 anni per la garanzia opzionale “Non autosufficienza”): in tal caso la copertura cessa per l'Assicurato che supera detti limiti alla prima ricorrenza annuale utile;
- ✗ Non sono considerate assicurabili le persone affette da AIDS, alcolismo, tossicodipendenza o sindromi correlate; per la sola garanzia “Non autosufficienza” non sono assicurabili le persone già non autosufficienti, quelle che hanno richiesto o percepiscono una pensione di invalidità o di inabilità oppure che sono affetti dal morbo di Alzheimer o di Parkinson, da sclerosi (multipla o laterale amiotrofica), demenze acute e croniche nonché da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie;
- ✗ Non sono infine assicurabili persone di età inferiore a 18 anni compiuti per la garanzia facoltativa “Non autosufficienza” o di età inferiore a 3 anni per la garanzia facoltativa “Dental”.

L'assicurazione non è operante per le seguenti cause (di seguito i principali rischi esclusi):

- ✗ conseguenze derivante da infortuni o malattie già conosciute o diagnosticate che abbiamo necessitato di visite mediche, anche se non ancora effettuate, cure mediche o esami clinici in un momento precedente alla decorrenza della polizza;
- ✗ infortuni derivanti dalla pratica di sport pericolosi nonché quelli derivanti dalla pratica di Sport Professionistici;
- ✗ aborto volontario non terapeutico;
- ✗ infortuni o malattie determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o simili;
- ✗ conseguenze di guerre, tumulti popolari, atti di terrorismo, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni e maremoti.

In relazione alla **Assistenza**, non sono assicurate le prestazioni erogate in situazioni in cui non vi sia un'emergenza in corso.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Il contratto prevede l'applicazione di franchigie, scoperti e sotto-limiti rispetto ai massimali e/o alle somme assicurate con le diverse coperture assicurative;
- ! Sono previsti i seguenti periodi di carenza, durante i quali la garanzia s'intende non operante:
 - per le Malattie: dal 30° giorno successivo alla data di decorrenza della Polizza;
 - per il parto: dal 270° giorno successivo alla data di decorrenza della Polizza
 - per le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'aborto terapeutico: dal 60° giorno successivo alla data di decorrenza della Polizza, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a tale data.



Dove vale la copertura?

- ✓ Per tutte le garanzie diverse da Assistenza, l'assicurazione vale in tutto il mondo, fermo restando che la residenza degli Assicurati deve essere in Italia.
- ✓ Per la garanzia Assistenza l'assicurazione vale per i sinistri avvenuti nel territorio della Repubblica Italia, della Repubblica di San Marino e dello Stato della Città del Vaticano.



Che obblighi ho?

Hai il dovere di fornire risposte precise e veritiere alle domande del Questionario sanitario relative al rischio da assicurare. In caso di sinistro devi:

- informare la Compagnia dell'accaduto nei tempi e nei modi dalla stessa indicati;
- consegnare alla Compagnia tutta la documentazione necessaria per procedere nella valutazione;
- attenerti a tutte le eventuali ulteriori indicazioni fornite dalla Compagnia.



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio avviene alla decorrenza della copertura assicurativa e successivamente con periodicità annuale.

Frazionamento del premio: il premio può essere pagato in più rate ma è dovuto per intero.

Il pagamento avviene mediante autorizzazione irrevocabile all'addebito dell'importo del premio su conto corrente aperto presso la filiale della Banca che ti vende il prodotto.

Il premio delle annualità successive alla prima è soggetto all'aggiornamento automatico in base all'età dell'Assicurato.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione inizia dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, se hai pagato il premio, e termina alle ore 24.00 del giorno indicato in polizza come data di scadenza, fermi i termini di carenza previsti in base al tipo di sinistro.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente, fermi i limiti massimi di età - che operano per ciascun Assicurato - descritti nella sezione "Che cosa non è assicurato?".



Come posso disdire la polizza?

Puoi inviare una lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto.

Assicurazione malattia e infortuni

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

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.



Protezione Salute

Data di ultimo aggiornamento: 1° gennaio 2024
Il presente DIP Aggiuntivo è l'ultima versione 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.

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. - Via G.B. Cassinis, 21; 20139; Milano (Italia)

tel. +39 02 5351.1

sito internet: www.helvetiaitalia.it;

email: infoclienti@helvetiaitalia.it; PEC: helvetiaitalia@pec.helvetia.it

P. IVA 07530080154 - Cod. Fisc. 02446390581 - Società del Gruppo Helvetia soggetta alla Direzione e al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia - Società con Socio Unico - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n° 1.00062 - Iscrizione all'Albo dei Gruppi Assicurativi n° ord. 031. Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sui Danni con Decreto Ministeriale n.16723 del 20/6/1986 - G.U. n.148 del 28/6/1986.

Il patrimonio netto della Compagnia, all'ultimo bilancio approvato, è pari a 97,452 milioni di euro di cui 15,600 milioni di euro costituiscono la parte relativa al capitale sociale e 75,935 milioni di euro si riferiscono alle riserve patrimoniali.

La relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria della Compagnia (SFCR) è disponibile sul sito internet della stessa ed è consultabile al seguente indirizzo: www.helvetia.it/solvencyII.

Di seguito si dà evidenza dei requisiti patrimoniali e dei fondi ammissibili alla loro copertura, calcolati secondo la Formula Standard, in vigore al 31.12.2022.

Informazioni relative al margine di solvibilità Solvency II al 31.12.2022

Solvency Capital Requirement (SCR)	53.969.653
Minimun Capital Requirement (MCR)	20.407.986
Fondi Propri ammissibili a copertura del SCR	102.156.446
Fondi Propri ammissibili a copertura del MCR	102.156.446
Solvency Capital Ratio*	189,28%

(*) Il "Solvency Capital Ratio" è il rapporto tra i Fondi Propri ammissibili della Compagnia e il capitale di solvibilità (Solvency Capital Requirement) richiesto dalla normativa Solvency II.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Si segnala che la Compagnia si impegna nei tuoi confronti nei limiti delle somme assicurate e dei massimali concordati così come descritti nelle Condizioni di Assicurazione.

Il prodotto prevede la possibilità di assicurare **fino a cinque persone**, offrendo loro la facoltà di scegliere garanzie diverse in base alle specifiche esigenze di ciascuno.

Le garanzie offerte dal prodotto sono Indennità giornaliera da ricovero, Indennizzo forfetario in caso di intervento chirurgico (*Surgical Cash*), Rimborso Spese mediche ospedaliere, Rimborso spese per accertamenti diagnostici e visite specialistiche. È sempre previsto il servizio di prevenzione sanitaria tramite fruizione annuale di un check-up, valido per Assicurati dai 30 anni in su. Ad esse si affiancano le prestazioni di Assistenza nei casi di emergenza, erogate da Inter Partner Assistance SA.

Indennità giornaliera		
	Opzione Easy	Opzione Top
Ricovero con/ senza intervento chirurgico	€ 100 per ciascun giorno di ricovero con pernottamento per massimo 200 giorni	€ 200 per ciascun giorno di ricovero con pernottamento per massimo 200 giorni
Day Hospital/Day Surgery	50% Indennità giornaliera per un massimo di 50 giorni	

Indennità a seguito di ricovero in terapia intensiva	
Somma assicurata per persona e anno	€ 2.000

Surgical Cash				
	Opzione Easy		Opzione Top	
	Classe intervento	Indennizzo	Classe intervento	Indennizzo
Ricovero con intervento	I	€ 200	I	€ 300
Day Surgery	II	€ 400	II	€ 600
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	III	€ 700	III	€ 1.600
	IV	€ 1.000	IV	€ 2.500
	V	€ 2.000	V	€ 3.500
	VI	€ 4.000	VI	€ 7.000
	VII	€ 7.500	VII	€ 15.000

Accertamenti diagnostici	
Massimale per persona e per anno	€ 5.000

Visite specialistiche - Trattamenti fisioterapici - Assistenza infermieristica	
Massimale per persona e per anno	€ 1.500

Rimborso spese mediche ¹		
	Opzione Easy	Opzione Top
Massimale per persona e per anno per: - Ricovero con/senza intervento - Day Hospital/Day Surgery - Intervento Chirurgico Ambulatoriale	€ 100.000	€ 500.000
Spese PRE e POST ricovero	90 giorni	120 giorni

¹ qualora le prestazioni siano a totale carico del S.S.N., la Compagnia corrisponde all'Assicurato un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero ospedaliero: € 150 al giorno per un massimo di 100 giorni nel caso sia stata scelta l'opzione Easy, € 250 al giorno per un massimo di 100 giorni nel caso sia stata scelta l'opzione Top.

Le garanzie Indennità giornaliera, Surgical Cash e Rimborso Spese mediche sono disponibili in due versioni, Easy e Top, quest'ultima caratterizzata da massimali più elevati e/o assenza di franchigia a carico dell'Assicurato. L'assicurazione Assistenza è prestata anch'essa in due versioni, Light e Plus, dove la seconda prevede un maggior numero di prestazioni.

Tali garanzie sono combinate in sei Piani assicurativi così identificati:

1. Piano Smart - Indennità giornaliera, Indennità per ricovero in terapia intensiva, Check-up e Assistenza;
2. Piano Medium - Indennità giornaliera, Indennità per ricovero in terapia intensiva, Surgical cash, Check-up e Assistenza;
3. Piano Full Indennità - Indennità giornaliera, Indennità ricovero in terapia intensiva, Visite specialistiche, Accertamenti diagnostici, Check-up e Assistenza;
4. Piano Full Surgical Cash - Surgical cash, Visite specialistiche, Accertamenti diagnostici, Check-up e Assistenza;
5. Piano Full Rimborso spese mediche - Rimborso spese mediche, Indennità per ricovero in terapia intensiva, Visite specialistiche, Accertamenti diagnostici, Check-up e Assistenza;
6. Piano Full Rimborso spese mediche e Indennità - Indennità giornaliera, Rimborso spese mediche, Indennità per ricovero in terapia intensiva, Visite specialistiche, Accertamenti diagnostici, Check-up e Assistenza.

Per tutti i piani "Full" è previsto il Check-up in una forma più completa, caratterizzato da un elenco più ampio di esami clinici.

✓ **Garanzie sanitarie**

Le indennità forfetarie (Indennità giornaliera da ricovero ospedaliero e Surgical Cash) prescindono dalle spese mediche effettivamente sostenute per la cura della malattia o dell'infortunio che ha dato origine al ricovero e/o all'intervento chirurgico. In particolare, la garanzia Surgical Cash prevede un indennizzo in forma predeterminata in base alla classe attribuita allo intervento chirurgico subito dall'Assicurato, classificazione che è proporzionale alla gravità dell'intervento stesso.

Le garanzie a rimborso (Rimborso spese mediche e Visite specialistiche + Accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio) costituiscono invece un importante sostegno economico laddove si presenti un evento oneroso come il ricovero per intervento chirurgico. Nel dettaglio la garanzia Rimborso spese mediche copre le spese durante il ricovero ma anche quelle necessariamente sostenute prima (in preparazione al ricovero) e dopo il ricovero stesso entro un numero di giorni da quest'ultimo evento individuato in base all'opzione prescelta. Le garanzie "Visite specialistiche" e "Accertamenti diagnostici" ed analisi di laboratorio sono le stesse per tutti i piani "Full".

Tutti gli indennizzi previsti dalle predette garanzie sono cumulabili tra loro.

Con la polizza Protezione Salute, l'Assicurato potrà accedere ad un circuito di Cliniche convenzionate per l'erogazione delle prestazioni relative alle garanzie Rimborso spese mediche, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche, nonché per il Check-up, in regime di pagamento diretto, vale a dire la Compagnia effettuerà il pagamento direttamente alla Struttura clinica convenzionata sollevando l'Assicurato da qualsiasi tipo di spesa (fatta eccezione per la franchigia o lo scoperto previsto per l'opzione Easy).

L'Assicurato avrà comunque la facoltà di utilizzare un Centro clinico diverso da quelli rientranti nel circuito dei convenzionati oppure di farsi curare da una Equipe medica non convenzionata all'interno di una Struttura convenzionata; in tal caso la Compagnia rimborsa le spese da lui sostenute al termine delle cure sanitarie in base alle condizioni pattuite in Polizza.

✓ **Assistenza**

La garanzia assistenza è obbligatoria. Ciascun Assicurato può scegliere la versione (Light o Plus) che preferisce.

Assistenza Light

- Consulto medico telefonico e informazioni sulla campagna vaccinale
- Invio medico e ambulanza
- Rientro dell'Assicurato convalescente in taxi o ambulanza
- Trasferimento programmato in Italia
- Infermiere presso la struttura di ricovero
- Viaggio del familiare da un'altra regione in caso di ricovero dell'Assicurato
- Infermiere al domicilio
- Fisioterapista al domicilio
- Prelievo e consegna campioni

Assistenza Plus – massimale di € 2.000

Tutte le prestazioni previste per l'opzione **Light** più le seguenti:

- Baby sitter
- Dog sitter
- Invio domestica
- Spesa al domicilio
- Reperimento attrezzature medico-chirurgiche
- Insegnante per supporto scolastico o tutor al domicilio
- Teleconsultazione con il medico disponibile h 24
- Prescrizione e reperimento farmaci
- Promemoria della terapia post ricovero

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non è prevista alcuna opzione di riduzione del premio

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

È possibile abbinare una o più garanzie opzionali al Piano assicurativo prescelto. La scelta di tali garanzie è a discrezione di ogni singolo Assicurato.

La garanzia opzionale "**Dental**" prevede la possibilità per l'Assicurato di fruire di prestazioni odontoiatriche di visita+prevenzione nonché di cure mediche in caso di infortuni o malattie che interessino questa regione. Con questa garanzia, che è offerta in due opzioni – Easy e Top – con prestazioni crescenti, l'Assicurato potrà accedere ad un circuito di Cliniche convenzionate per l'erogazione delle prestazioni stesse.

In ultimo, la garanzia opzionale "Non autosufficienza" prevede in caso di perdita di autosufficienza, un indennizzo iniziale di € 2.000, seguito da un indennizzo mensile di € 500 dal momento dell'inizio della corresponsione per un massimo di tre anni.

È ritenuta non-autosufficiente la persona il cui stato di salute comporti l'impossibilità di compiere in autonomia almeno 4 delle 6 attività di vita quotidiana (qui di seguito elencate) in maniera presumibilmente permanente e irreversibile:

1. **Lavarsi** - la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrarvi e uscirvi autonomamente);
2. **Vestirsi e Svestirsi** - la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed eventualmente anche arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
3. **Andare al bagno** - la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (quali lavarsi, radersi, pettinarsi, ...);
4. **Spostarsi** - la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e vice versa senza l'aiuto di una terza persona;
5. **Continenza** - la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare così da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
6. **Alimentarsi** - la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

L'indennizzo mensile verrà corrisposto, se perdura lo stato di non autosufficienza e sempreché l'Assicurato sia in vita, dopo che siano trascorsi il periodo di carenza a partire dalla data di denuncia della perdita di autosufficienza.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

✗ Non sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.



Ci sono limiti di copertura?

- L'assicurazione non è operante per:
 - le Patologie preesistenti, fatta eccezione della garanzia Lenti e Occhiali;
 - le spese per amniocentesi o villocentesi in assenza di rischio procreativo (es. gestante sotto i 35 anni di età, diagnosi genitore malattie genetiche o familiarità), oppure rischio fetale (malformazioni fetali diagnosticate tramite ecografia, malattie infettive etc.) documentate da esiti di esami strumentali o diagnostici;
 - le spese sanitarie per trattamenti effettuati e fatturati successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a Malattie diagnosticate e Infortuni occorsi durante la validità della Polizza e denunciati durante il periodo di validità della stessa;
 - le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo esser divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
 - le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (ad esempio: visita ginecologica, visita oculistica) a meno che non rientrino nella garanzia check-up, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
 - le spese relative a prestazioni di agopuntura, logopedia, trattamenti fisioterapici (salvo se previste dall'opzione assicurativa prescelta);
 - le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi (accertato o sospetta);
 - le spese effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
 - le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
 - le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
 - i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina Alternativa o complementare o non convenzionale o sperimentale;
 - qualsiasi malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'HIV, nonché le malattie sessualmente trasmesse;
 - gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
 - gli Infortuni sofferti in stato di ebbrezza (come definito dal Codice della Strada) alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
 - le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
 - gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché 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, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paragenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport

comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti;

- gli infortuni accorsi durante la manipolazione di materiale pirotecnico e uso o produzione di esplosivi anche come attività non professionale;
 - 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, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni 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;
 - applicazioni di carattere estetico, trattamenti/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 scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di *Polizza*;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di *Polizza* per neoplasia maligna;
 - trattamenti psicoterapici e prestazioni effettuate in conseguenza di Malattie mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 9^a revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD9-CM) della Organizzazione Mondiale della Sanità. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicità, e conseguenze dirette o indirette;
 - l'interruzione volontaria della gravidanza;
 - le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche;
 - cure e interventi per eliminare o correggere Difetti fisici o Malformazioni congenite preesistenti alla Data di decorrenza della Polizza, nonché patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore a un anno, assicurati dalla nascita;
 - 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;
 - i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di 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).
 - trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattie o infortuni;
 - le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Ricovero con Intervento chirurgico e Day Surgery;
 - le Visite specialistiche effettuate da medici praticanti le medicine alternative, nonché le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine;
 - lenti e occhiali (se non previste dall'opzione assicurativa prescelta);
 - i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (Ricoveri impropri);
 - le spese sostenute a fronte di espianto da donatore, da parte sia dell'Assicurato che di terzi in caso di trapianti;
 - le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali spese per telefonate, TV, bar, ristorante e simili;
 - le prestazioni non specificate nelle singole garanzie.
- Per la sola garanzia "Non Autosufficienza" sono sempre esclusi gli eventi derivanti da:
 - negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che il rimborso non viene effettuato se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
 - incidente aereo se viaggia come membro dell'equipaggio;
 - svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.
 - L'Assicurazione "Dental" non è operante per:
 - tutte le prestazioni e i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di decorrenza;
 - le prestazioni rese necessarie da Infortunio verificatosi antecedentemente la Decorrenza dell'Assicurazione;
 - le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
 - tutte le prestazioni non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" a seconda dell'opzione assicurativa prescelta;
 - le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale;

- trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia;
 - gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
 - le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
 - le estrazioni di denti decidui (da latte);
 - gli infortuni sofferti in stato di ebbrezza (come definito dal Codice della Strada) alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
 - gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni;
 - le conseguenze dirette e indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
 - controlli di routine e/o prevenzione, salvo quanto previsto alla voce "Visita e Prevenzione" della tabella "Prestazioni odontoiatriche assicurate";
 - le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
 - le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
 - gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.
- **Termini di carenza**
Le prestazioni per le garanzie previste dai Piani assicurativi saranno operanti ed effettive per:
- **gli Infortuni:** dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza della Polizza
 - **le Malattie:** dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza
 - **il Parto:** dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza
 - **le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l'Aborto Terapeutico:** dal 60° giorno successivo alla data di decorrenza purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla data di decorrenza stessa.
- Per la garanzia opzionale "Non autosufficienza" l'Indennizzo forfettario viene corrisposto, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza permanente e in ogni caso, se trascorso il Termine di Carenza di 6 mesi dalla Data di Decorrenza per qualsiasi Malattia.
- Per la garanzia opzionale "**Dental**" le prestazioni saranno operanti ed effettive, per:
- gli Infortuni: dalle ore 24:00 della data di decorrenza della Polizza
 - Visita e Prevenzione, Cure di 1° e 2° Livello: dal 30° giorno successivo alla data di decorrenza della Polizza.
- **Patologie preesistenti**
Fermo quanto sopra, per le garanzie "Indennità giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche", "Accertamenti Diagnostici" e "Visite specialistiche", in caso di rinnovo consecutivo della Polizza, la copertura delle patologie preesistenti, nonché loro complicanze e conseguenze dirette o indirette, note all'Assicurato al momento della sottoscrizione della Polizza è resa operante nei termini che seguono:
- in misura pari al 50% dell'importo indennizzabile e fino ad un massimo annuo di euro 15.000 per prestazioni effettuate a partire dal terzo rinnovo della Polizza;
 - in misura pari al 70% dell'importo indennizzabile e fino ad un massimo annuo di euro 30.000 per prestazioni effettuate a partire dal sesto rinnovo in poi della Polizza.

Si riportano nella tabella che segue Limiti di indennizzo, Franchigie e Scoperti relativi alle singole coperture offerte nella presente sezione.

Accertamenti diagnostici		
Scoperto in strutture convenzionate (con pagamento diretto)	Scoperto 15%	
Scoperto in strutture non convenzionate (a rimborso)	Scoperto 25%	
Visite specialistiche - Trattamenti fisioterapici - Assistenza infermieristica		
Scoperto in strutture convenzionate (con pagamento diretto)	Scoperto 15%	
Scoperto in strutture non convenzionate (a rimborso)	Scoperto 25%	
Assistenza infermieristica domiciliare	€ 50 al giorno (senza applicazione di scoperti / franchigie)	
Acquisto Lenti e occhiali	Sottomassimale € 400 con applicazione di uno scoperto 15%	
Rimborso spese mediche		
Applicazione scoperti e franchigie con utilizzo di strutture convenzionate (pagamento diretto):		
	Opzione Easy	Opzione Top
- Ricovero con/senza intervento	Franchigia € 500	Rimborso al 100%
- Day Hospital/Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Scoperto 10%	Rimborso al 100%

Applicazione scoperti e franchigie con utilizzo di strutture non convenzionate (a rimborso):		
- Ricovero con/senza intervento - Day Hospital/Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Scoperto 20%	Scoperto 20%
Parto fisiologico (inclusa retta di degenza nel submassimale)	Sottomassimale € 2.000 (senza scoperti/franchigie)	Sottomassimale € 4.000 (senza scoperti/franchigie)
Parto cesareo / aborto terapeutico (inclusa la retta di degenza nel submassimale)	Sottomassimale € 4.000 (senza scoperti / franchigie)	Sottomassimale € 6.000 (senza scoperti/franchigie)
Chirurgia refrattiva (inclusa retta di degenza nel submassimale) limite per occhio	Sottomassimale € 1.000 (senza scoperti/franchigie)	Sottomassimale € 1.500 (senza scoperti/franchigie)
Rette di degenza (per le sole Strutture non convenzionate)	Fino a € 350 al giorno	Fino a € 350 al giorno
Indennità Sostitutiva	€ 150 al giorno per un massimo di 100 giorni € 75 al giorno per Day Hospital / Day Surgery	€ 250 al giorno per un massimo di 100 giorni € 125 al giorno per Day Hospital / Day Surgery
Accompagnatore	€ 50 al giorno per un massimo di 50 giorni (senza scoperti/franchigie)	€ 100 al giorno per un massimo di 50 giorni (senza scoperti/franchigie)
Trasporto dell'Assicurato	€ 3.000 per evento (senza scoperti/franchigie)	€ 3.000 per evento (senza scoperti/franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 3.000 (senza scoperti/franchigie)	€ 3.000 (senza scoperti/franchigie)

N.B.: il rimborso delle spese PRE e POST segue il "regime" del ricovero se in Strutture convenzionate o in Strutture non convenzionate

Check-up

Il Check-up può essere effettuato una volta all'anno **solo presso Strutture Convenzionate**, con applicazione di uno scoperto del 15%

Assicurazione Assistenza

- Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:
 - atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
 - eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
 - sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
 - dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
 - abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
 - infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
 - gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci/idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
 - ogni evento derivante da situazioni patologiche pregresse già note all'Assicurato;
 - eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
 - viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.
- La Compagnia non rimborsa spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Compagnia stessa.
- La Compagnia non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati. Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovasse in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.
- Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali. Sono altresì escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.
- Sono escluse le spese di soggiorno del familiare messosi in viaggio per raggiungere l'Assicurato ricoverato in una altra regione (in Italia) rispetto a quella di residenza.
- Sono inoltre escluse dalla prestazione "Trasferimento sanitario programmato":
 - le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa possono essere curate sul posto;
 - le malattie infettive, qualora il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
 - tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
 - tutte le spese diverse da quelle indicate;
 - tutte le spese sostenute per malattie preesistenti.
- Con riferimento alle prestazioni relative alla Teleconsultazione, i servizi di Prescrizione medica sono disponibili solo in Italia.
- In caso di Consegna di farmaci presso il domicilio dell'Assicurato, il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato stesso.

La copertura opera in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato comprovati da certificato medico fino alla concorrenza di un massimale di **euro 2.000** per Assicurato e per sinistro, fino a un massimo di 3 sinistri per Assicurato e per anno assicurativo. Le prestazioni sono erogate nei 90 giorni successivi all'infortunio, alla data del certificato medico in caso di malattia o a quella di dimissione in caso di ricovero. L'eventuale massimale residuo non è cumulabile con il sinistro successivo.

Prestazione assicurata	Limite d'indennizzo
Assistenza infermieristica	massimo 5 giorni per sinistro e 2 ore per giorno
Assistenza infermieristica presso la struttura di ricovero	massimo di 5 notti (giorni) per sinistro e per un massimo di otto ore per notte (giorno) non frazionabili
Invio fisioterapista	massimo 5 giorni per sinistro e 2 ore per giorno
Reperimento di presidi medico-chirurgici	massimo di 60 giorni per sinistro
Promemoria della terapia post ricovero	il servizio è valido per un massimo di 14 giorni per sinistro



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

La Compagnia, per la gestione e la liquidazione dei Sinistri relativi all'assicurazione sanitaria, si avvale di MyAssistance S.r.l. e della sua Centrale Operativa.

Denuncia di sinistro

la denuncia di sinistro ha modalità diverse in funzione del tipo di garanzia interessata e in funzione dell'utilizzo o meno del network di Strutture sanitarie convenzionate.

Erogazione prestazioni delle Garanzie *Surgical Cash* e *Indennità giornaliera da ricovero, Indennità a seguito di ricovero in terapia intensiva e Non Autosufficienza (Short Term Care)*

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto (o il Contraente qualora l'Assicurato o i suoi aventi diritto non vi provvedono), entro 10 giorni dal verificarsi del sinistro (o, nel caso della garanzia Short Term Care, da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza) ovvero dal giorno in cui siano stati in grado di farlo, deve darne avviso scritto a MyAssistance S.r.l.

La denuncia dovrà essere effettuata secondo una delle seguenti modalità:

- tramite e-mail all'indirizzo sinistri.helvetiitalia@myassistance.it;
- tramite telefax al numero 02.87.18.19.75;
- tramite l'app MyAssistance;
- tramite posta, con lettera raccomandata, inviando la documentazione a:
MyAssistance S.r.l. - Ufficio Sinistri – Via Montecuccoli, 20/1 – 20146 Milano.

La denuncia potrà essere effettuata anche tramite web dalla propria area riservata accessibile con le credenziali personali al seguente indirizzo: <https://app.myassistance.eu>.

Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto assicurativo, sul sito internet della Compagnia all'indirizzo www.helvetiitalia.it oppure chiamando il Numero verde **800 400 335** (da rete fissa Italia) e inviare lo stesso ad uno degli indirizzi sopra riportati.

Con riferimento alle garanzie *Surgical Cash*, *Indennità giornaliera da ricovero* e *Indennità a seguito di ricovero in terapia intensiva*, la denuncia deve essere fatta al termine delle cure cui l'Assicurato è stato sottoposto e deve includere le seguenti informazioni e documentazione medica:

- numero di *polizza*;
- nome e cognome, indirizzo di residenza dell'Assicurato che ha effettuato le prestazioni;
- copia del certificato medico attestante la patologia sospetta o accertata. In caso di patologia per la quale si è già consultato un medico o eseguito accertamenti diagnostici, allegare anche i referti delle visite specialistiche e/o di accertamenti diagnostici eseguiti nei due anni precedenti la decorrenza di polizza;
- in caso di Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital / Day Surgery, per il quale si richiede il rimborso delle spese sostenute, deve essere inviata copia conforme della cartella clinica completa di tutte le pagine, inclusa la Scheda di Dimissioni Ospedaliera (SDO) contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico;
- in caso di "Indennità a seguito di ricovero in terapia intensiva" deve esser inviata copia conforme della cartella clinica completa nonché la Scheda di Dimissioni Ospedaliera, dalla quale si evince il ricovero in terapia intensiva come conseguenza di patologia riconducibile direttamente a Malattia infettiva definita dall'OMS come emergenza sanitaria di interesse internazionale (PHEIC);
- in caso di Infortunio, a prescindere dalle conseguenze dello stesso:
 - le circostanze dell'accaduta nel quale, oltre alla dinamica, sia chiaramente indicata la data e l'ora dell'Infortunio;
 - referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici, etc.).
- riferimento numero telefonico e/o indirizzo e-mail per successivi contatti.

Con riferimento alla garanzia "Non autosufficienza" la denuncia deve includere le seguenti informazioni e la seguente documentazione medica:

- numero di polizza, nome e cognome, indirizzo di residenza dell'Assicurato;
- qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche;
- Relazione del medico curante sulle cause dello stato di Non autosufficienza e Questionario "Activities Daily Living" da far compilare al medico specialista. La Compagnia ha comunque facoltà di sottoporre l'Assicurato a una o più visite medico legali.

MyAssistance S.r.l. potrà richiedere successivamente, per poter procedere alla definizione del sinistro, ulteriore documentazione che l'Assicurato sarà tenuto a trasmettere.

Erogazione prestazioni delle garanzie *Rimborso spese mediche, Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche e Trattamenti fisioterapici/rieducativi, Dental* tramite procedura di presa in carico diretta in Strutture Convenzionate con Equipe medica convenzionata (Pagamento diretto) o in Strutture Convenzionate con Equipe medica non convenzionata (Regime Misto – valido solo per la garanzia Rimborso spese mediche)

Qualora l'Assicurato decida di usufruire della procedura di Presa in Carico Diretta per effettuare un ricovero o una prestazione extra-ospedaliera presso Strutture Convenzionate e avvalendosi di professionisti medici convenzionati, prima di accedere alla struttura deve chiedere specifica autorizzazione alla Centrale Operativa, con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi prima della data del Ricovero o della prestazione medica extra-ospedaliera. Il preavviso non è richiesto per i soli casi di reale urgenza, che comunque dovranno essere comunicati nel più breve tempo possibile.

Le modalità per poter richiedere l'attivazione sono:

- tramite l'app MyAssistance;
- tramite web dalla propria area riservata, accessibile con le credenziali personali all'indirizzo: <https://app.myassistance.eu>;
- tramite telefax al numero 02.87.18.19.75;
- tramite invio di una e-mail all'indirizzo: sinistri.helvetiitalia@myassistance.it.

Per informazioni o supporto l'Assicurato potrà contattare la Centrale Operativa:

- al Numero verde **800 400 335** (da rete fissa Italia), oppure
- al numero 0039 02 303 500 001 (da estero o cellulare).

L'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- numero di Polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- Struttura sanitaria convenzionata;
- nome del medico convenzionato che effettuerà la prestazione in caso di Regime diretto;
- nome del medico non convenzionato che effettuerà la prestazione, in caso di Regime misto;
- data della prestazione;
- in caso di Ricovero, Day Hospital/Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale: tipo d'intervento chirurgico da eseguire, se senza intervento, descrizione dell'iter diagnostico e terapeutico. Per i soli Interventi Chirurgici Ambulatoriali di asportazione indicare anche il tipo di lesione, sede e dimensioni;
- in caso di Visite Specialistiche o Accertamenti diagnostici: documentazione (prescrizione, o certificato o referto) compilata dal medico di base o dallo specialista attestante le prestazioni sanitarie da effettuare (es. visita ortopedica, ecografia addome completo ecc.) e contenente la patologia, sospetta o accertata. In caso di patologia per la quale si è già consultato un medico o eseguito Accertamenti diagnostici, è necessario allegare anche i referti delle Visite specialistiche e/o di Accertamenti diagnostici eseguiti nei due anni precedenti alla Data di decorrenza della Polizza.
- In caso di Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi documentazione (prescrizione, o certificato o referto) rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia per la quale vengono richiesti i trattamenti;
- in caso di cure dentarie, piano di cure con il dettaglio delle prestazioni da eseguire;
- in caso d'Infortunio:
 - le circostanze dell'accaduto nella quale, oltre alla dinamica, sia chiaramente indicata la data e l'ora dell'infortunio;
 - referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (quali, ad esempio, radiografie, referti clinici, O.P.T. etc.).

La preventiva attivazione della Centrale Operativa è condizione essenziale per l'operatività della procedura di Presa in Carico Diretta. Al momento dell'accesso alla Struttura convenzionata l'Assicurato dovrà sottoscrivere la "Lettera di impegno".

ATTENZIONE! Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo, se previsto dalla Polizza, nei termini e limiti da questa previsti.

L'Assicurato potrà comunque beneficiare delle tariffe agevolate convenzionate con MyAssistance, esibendo la tessera di riconoscimento digitale presente nell'app MyAssistance.

Per poter usufruire della garanzia "Check-Up" (Prevenzione) l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa che provvederà, in accordo con l'Assicurato stesso, a prenotare direttamente le prestazioni presso la struttura sanitaria prescelta.

Erogazione prestazioni delle garanzie "Rimborso spese mediche, Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche e Trattamenti fisioterapici e rieducativi, Dental" presso Strutture non convenzionate (a Rimborso)

Qualora l'Assicurato decida di non avvalersi della procedura di Pagamento diretto, con ricorso quindi a Strutture mediche non convenzionate oppure avvalendosi di professionisti medici non convenzionati (presso Strutture mediche convenzionate), per ottenere il rimborso delle spese sostenute deve denunciare il sinistro a MyAssistance S.r.l.

Al termine delle cure, la denuncia dovrà essere effettuata secondo una delle seguenti modalità:

- tramite l'app MyAssistance;
- tramite web dalla propria area riservata accessibile con le credenziali personali al seguente indirizzo: <https://app.myassistance.eu>;
- tramite e-mail all'indirizzo sinistri.helvetiaitalia@myassistance.it;
- tramite telefax al numero 02.87.18.19.75;
- tramite posta inviando la documentazione e il modulo di richiesta rimborso di spese mediche debitamente compilato e firmato a:
MyAssistance S.r.l. – Ufficio Sinistri – Via Montecuccoli, 20/1 – 20146 Milano.

Per informazioni o supporto l'Assicurato potrà contattare la Centrale Operativa

- al Numero verde **800 400 335** (da rete fissa Italia), oppure
- al numero 0039 02 303 500 001 (da estero o cellulare).

L'Assicurato o i suoi aventi diritto (oppure il Contraente qualora l'Assicurato o i suoi aventi diritto non vi provvedono), oltre alla fotocopia della documentazione di spesa (fatture o notule debitamente quietanzate), dovrà fornire le seguenti informazioni e la seguente documentazione medica:

- numero di polizza;
- nome e cognome, indirizzo di residenza dell'Assicurato che ha effettuato le prestazioni;
- in caso di Ricovero, Day Hospital/Day Surgery per il quale si richiede il Rimborso delle spese sostenute o l'Indennità sostitutiva: cartella clinica completa di tutte le pagine con Scheda di Dimissioni Ospedaliere, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico.
- in caso di spese relative ad Intervento Chirurgici Ambulatoriali: dettagliata relazione medica rilasciata dal chirurgo con indicata la patologia, il tipo d'intervento e le prestazioni effettuate. In caso di asportazioni chirurgica indicare anche il tipo di lesione, sede e dimensioni;
- in caso di Visite Specialistiche e/o Accertamenti diagnostici: documentazione (prescrizione, o certificato o referto) compilata dal medico di base o dallo specialista attestante le prestazioni sanitarie effettuate (es. visita ortopedica, ecografia addome completo ecc.) e contenente la patologia, sospetta o accertata.
- In caso di patologia per la quale si è già consultato un medico o eseguito accertamenti diagnostici, è necessario allegare anche i referti delle Visite specialistiche e/o di Accertamenti diagnostici eseguiti nei due anni precedenti alla Data di decorrenza della Polizza;
- in caso di Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi: documentazione (prescrizione, certificato o referto) rilasciata dal medico specialista e contenente la patologia, sospetta e accertata; la specializzazione del medico dev'essere congrua con la patologia da curare con tali trattamenti;
- in caso di acquisto di medicinali, prescrizione medica completa di nome e cognome dell'Assicurato, nome del farmaco e la patologia per la quale è stato prescritto il medicinale. Dovrà essere allegato anche lo scontrino fiscale parlante dal quale si dovrà evincere il codice fiscale dell'Assicurato e il nome o codice del farmaco acquistato;
- in caso di Assistenza Infermieristica domiciliare, prescrizione del medico di base o dello specialista con indicata la patologia per la quale è stata richiesta l'assistenza;
- in caso di cure dentarie, dettaglio della singola prestazione effettuata, relativo costo e data in cui le singole prestazioni sono state eseguite;
- in caso di acquisto di lenti e occhiali: certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista con l'indicazione di prime lenti o di successiva modifica del visus. Per le lenti a contatto la richiesta di Rimborso deve essere presentata una sola volta e alla fine dell'anno assicurativo;
- in caso di Infortunio, a prescindere dalle conseguenze dello stesso:
 - le circostanze dell'accaduta nel quale, oltre alla dinamica, sia chiaramente indicata la data e l'ora dell'Infortunio;
 - referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da MyAssistance S.r.l. e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Se l'Assicurato viola questi obblighi può perdere il diritto all'indennizzo.

	<p>Denuncia Sinistro Assistenza In caso di sinistro l'Assicurato dovrà contattare, al momento dell'insorgere della necessità e comunque non oltre 3 giorni, la Centrale operativa al seguente numero telefonico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numero verde per chiamate dall'Italia: 800.400 335; • numero per chiamate dall'estero: +39 02 303 500 001. <p>Per tutte le prestazioni di assistenza l'Assicurato dovrà comunicare cognome e nome; luogo dal quale chiama e recapito telefonico al quale essere contattato e la prestazione richiesta.</p> <p>Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa oppure da questa autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione. In ogni caso, le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: la polizza prevede il pagamento diretto delle spese mediche attraverso Strutture sanitarie convenzionate.</p> <p>In particolare, puoi usufruire delle Strutture Sanitarie e delle Equipe mediche convenzionate senza dover versare anticipi di denaro e/o pagare le spese (purché queste ultime siano indennizzabili a termini di polizza e fatti salvi i limiti di rimborso previsti dalla garanzia), in quanto al pagamento delle fatture e delle notule provvederà la Compagnia.</p> <p>Una volta definita la prestazione con il medico curante e identificata la Struttura Sanitaria, l'Assicurato deve richiedere l'erogazione della prestazione in forma diretta con le modalità riportate alla sezione "Cosa fare in caso di sinistro".</p> <p>L'elenco aggiornato delle strutture convenzionate è disponibile sul sito internet della Compagnia, nell'area riservata del sito https://app.myassistance.eu o tramite l'app MyAssistance, dove l'Assicurato può accedervi con le proprie credenziali.</p> <p><i>Restituzione delle somme indebitamente pagate</i> In caso di autorizzazione al pagamento diretto qualora, si dovesse accertare successivamente la non validità della Polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, la Compagnia ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Compagnia stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di Cura se già saldate dalla Compagnia alla Struttura convenzionata e/o a medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la Struttura che i medici convenzionati.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: la gestione del servizio di assistenza è stata affidata dalla Compagnia a Inter Partner Assistance, Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma.</p> <p>Prescrizione: i diritti derivanti dal presente contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952, 2° comma, del Codice Civile.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze da te rese relativamente a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894, Codice Civile.</p>
<p>Obblighi dell'Impresa</p>	<p>La Compagnia, ricevuta la necessaria documentazione e verificata l'operatività della garanzia, effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza entro il termine di 30 giorni da quando ha ricevuto la documentazione completa.</p> <p>Il pagamento dell'indennizzo o del rimborso delle spese fatte dall'Assicurato viene effettuato in Italia e, per le spese sostenute in valuta diversa da quella legale, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa stessa. Gli originali di fatture, notule di spesa, distinte e ricevute, consegnati a documentazione del sinistro, ti saranno restituiti.</p>

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>Per ogni piano assicurativo, il premio è determinato in base alla tua età ed è soggetto ad adeguamento automatico al passaggio da una fascia di età all'altra.</p> <p>Esistono dodici fasce d'età alle quali corrispondono premi differenti.</p> <p>L'adeguamento del premio viene effettuato dalla scadenza annuale successiva al compimento dell'età.</p> <p>Se nella polizza sono assicurate due o più persone il premio dovuto relativo alle garanzie sanitarie - con esclusione dell'assicurazione Assistenza - viene scontato del 15%.</p> <p>Il premio può essere pagato in più rate ma è dovuto per l'intera annualità.</p> <p>Non è prevista maggiorazione del premio stesso in caso di pagamento frazionato.</p> <p>Il pagamento del premio avviene mediante autorizzazione irrevocabile per tutta la durata del contratto, all'addebito su conto corrente intrattenuto presso una filiale della Banca distributrice del prodotto.</p> <p>Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza. Il premio si intende comprensivo di imposta.</p>

Rimborso	In caso di cessazione dell'Assicurazione per sopraggiunte patologie che rendono non più assicurabile l'Assicurato, la Compagnia rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto delle imposte già pagate, relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.
-----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Il contratto ha durata annuale con tacito rinnovo.</p> <p>Se non è stato pagato il premio o la rata di premio l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.</p> <p>Qualora il Contraente non proceda al pagamento e la Compagnia non agisca per la riscossione nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti l'assicurazione si risolve, fermo il diritto della Compagnia al pagamento del premio di assicurazione in corso e al rimborso delle spese.</p> <p>In caso di pagamento dei Premi successivo al 60° giorno, saranno applicati nuovamente i Termini di carenza previsti, che verranno calcolati a partire dalle ore 24:00 del giorno di pagamento delle rate di Premio scadute.</p> <p>Qualora durante la durata contrattuale si verifichi il raggiungimento del 75° anno di età, la polizza cesserà alla prima scadenza annuale. Qualora solo uno degli Assicurati compia il 75° anno di età durante l'annualità assicurativa, la copertura cessa per questo Assicurato alla prima annualità utile. Per la garanzia "Short Term Care (Non Autosufficienza)" l'assicurazione cessa – limitatamente a tale garanzia - al raggiungimento del 65° anno di età dell'Assicurato durante la durata contrattuale. eccezion fatta per le garanzie facoltative "Short Term Care (Non autosufficienza)" e "Denta", le prestazioni saranno operanti ed effettive, per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza della Polizza; • le Malattie: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza; • il Parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza; • le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l'Aborto Terapeutico: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla Data di Decorrenza della Polizza stessa.
Sospensione	Non è previsto il diritto alla sospensione del contratto.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipula	Il contratto non prevede il diritto di ripensamento dopo la stipula.
Risoluzione	Non è previsto il diritto alla risoluzione del contratto.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Il prodotto è destinato ad un mercato di riferimento rappresentato da un pubblico indistinto di clientela titolare di un conto corrente aperto presso la Banca Distributrice che intende prendersi cura della salute propria e dei propri familiari tutelandosi in caso di ricovero, intervento chirurgico, visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici derivanti da malattia o infortunio. Il prodotto non è sottoscrivibile qualora l'Assicurato, al momento dell'ingresso in copertura, abbia un'età superiore ai 65 anni.</p>	

 Quali costi devo sostenere?	
Costi di intermediazione: la quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 18,3%.	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto alla Compagnia presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti: Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano Email reclami@helvetia.it – PEC reclami.helvetiaitalia@pec.helvetia.it . Eventuali reclami riguardanti il comportamento della banca distributrice e dei dipendenti e collaboratori di quest'ultima potranno essere inoltrati direttamente alla banca distributrice. La Compagnia o la banca distributrice, ciascuna per la propria competenza, inviano la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Mediazione: interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita (facoltativa)	Negoziazione assistita: tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none">Arbitrato (facoltativo): qualora dovesse sorgere un dissenso tra l'Assicurato e la Compagnia circa la determinazione dell'ammontare del danno. In tal caso, ai sensi di polizza, i periti, nominati da ciascuna delle Parti, si accordano di nominare un terzo perito, detto Arbitro, per addivenire ad una decisione.Procedura FIN-NET: per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet di seguito indicato, e chiedendo l'attivazione della Procedura: http://www.ec.europa.eu/fin-net. <p>Tramite il sito della Compagnia (www.helvetiaitalia.it) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.</p>

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.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Protezione Salute

Assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Mod. CGA_MAL003 - Edizione 01/2024

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono state redatte secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del tavolo tecnico ANIA del 06/02/2018 - Associazione Consumatori - Associazione Intermediari Assicurativi

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Gruppo Helvetia

GUIDA ALLA CONSULTAZIONE

Gentile Cliente, benvenuto nel mondo di **Protezione Salute** la polizza che offre una protezione completa e modulare per la Sua salute.

Le sezioni previste sono:

- + **Glossario**
- + **Norme comuni**
- + **Assicurazione sanitaria**
- + **Assicurazione Assistenza**
- + **Cosa fare in caso di Sinistro**
- + **Classificazione degli Interventi chirurgici in classi**

Il documento delle Condizioni di Assicurazione è stato elaborato e strutturato per rendere più chiara ed immediata la sua lettura e comprensione. Lo stile e gli elementi di struttura sono stati resi omogenei per facilitare la ricerca delle informazioni fondamentali.

Di seguito troverà la guida che la aiuterà nella consultazione.

1. TESTI E PAROLE EVIDENZIATE CON CARATTERE DI PARTICOLARE RILIEVO

- **MAIUSCOLO**: titoli di sezioni e articoli;
- **colore grigio**: condizioni di assicurazione che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie e oneri a carico del *Contraente* o dell'*Assicurato*, punti rilevanti, sottotitoli, parole di riferimento;
- [►]: richiami a norme e articoli di legge.

2. GLOSSARIO

Nelle Condizioni di Assicurazione i termini che hanno un significato "particolare" sono resi visibili attraverso l'utilizzo del *corsivo*. Questa modalità permette di distinguerli dai restanti termini in uso.

3. BOX DI CONSULTAZIONE A TITOLO PURAMENTE ESEMPLIFICATIVO

- all'interno delle sezioni troverà alcuni box richiamati da specifici elementi grafici, inseriti con l'obiettivo di anticipare la risposta ad alcune possibili domande;
- il testo contenuto nel box non ha valore contrattuale.



**FOCUS ED
APPROFONDIMENTI**

4. ELEMENTO GRAFICO DEDICATO



elemento che permette l'individuazione informazioni importanti punti di attenzione.



SOMMARIO

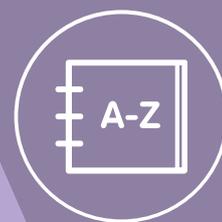
GLOSSARIO	4
NORME COMUNI.....	10
Art.1.1 APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	10
Art.1.2 STRUTTURA DEL PRODOTTO	10
Art.1.3 PERSONE ASSICURABILI	11
Art.1.4 LIMITI DI ETÀ	11
Art.1.5 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO.....	11
Art.1.6 DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE	12
Art.1.7 CALCOLO DEL PREMIO	12
Art.1.8 SCONTI.....	12
Art.1.9 VARIAZIONI AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	13
Art.1.10 INCLUSIONE DEL NEONATO IN CORSO D'ANNO.....	13
Art.1.11 RINUNCIA DELLA COMPAGNIA AL DIRITTO DI RIVALSA	14
Art.1.12 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	14
Art.1.13 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	14
Art.1.14 AGGRAVAMENTO DI RISCHIO.....	14
Art.1.15 ALTRE ASSICURAZIONI	14
Art.1.16 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI	14
Art.1.17 DIRITTO DI RECESSO.....	14
Art.1.18 CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE.....	15
Art.1.19 MEDIAZIONE PER LA CONCILIAZIONE DELLE CONTROVERSIE	15
Art.1.20 ONERI FISCALI	15
Art.1.21 MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause).....	15
Art.1.22 FORO COMPETENTE	15
Art.1.23 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	15



SEZIONE ASSICURAZIONE SANITARIA.....	16
Cosa prevedono i Piani assicurativi	16
Art.2.1 PIANO SMART	16
Art.2.2 PIANO MEDIUM.....	18
Art.2.3 PIANO FULL INDENNITÀ GIORNALIERA.....	20
Art.2.4 FULL SURGICAL CASH.....	22
Art.2.5 PIANO FULL RIMBORSO SPESE MEDICHE	24
Art.2.6 PIANO FULL RIMBORSO SPESE MEDICHE E INDENNITÀ GIORNALIERA	30
Garanzie facoltative.....	36
Art.2.7 Short Term Care (Non Autosufficienza).....	36
Art.2.8 Dental.....	37
Ci sono esclusioni e limiti di copertura	39
Art.2.9 PERSONE NON ASSICURABILI.....	39
Art.2.10 ESCLUSIONI ASSICURAZIONE SANITARIA.....	39
Art.2.11 PATOLOGIE PREESISTENTI.....	42
Art.2.12 TERMINI DI CARENZA.....	43
Art.2.13 ESTENSIONE TERRITORIALE	43
SEZIONE ASSISTENZA	44
Art.3.1 ESTENSIONE TERRITORIALE	44
Art.3.2 OPERATIVITÀ DELLA POLIZZA	44
Art.3.3 ASSISTENZA LIGHT	44
Art.3.4 ASSISTENZA PLUS	46
Art.3.5 ESCLUSIONI ASSISTENZA.....	48
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	49
Sezione Assicurazione Sanitaria.....	49
Art.4.1 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI.....	49
Art.4.2 MODALITÀ DI UTILIZZO DELLE COPERTURE ASSICURATIVE	53
Sezione Assistenza	54
Art.4.3 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA	54
Allegato 1 - Classificazione degli Interventi chirurgici in classi	55
NORME DI LEGGE RICHIAMATE NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	72
Codice Civile	72
NUMERI UTILI	74



GLOSSARIO



Qui di seguito sono riportati i **principali termini utilizzati** nel **Set informativo** con il **significato loro attribuito dalla Compagnia**. I termini espressi al **singolare valgono anche la plurale o viceversa**.

Nel testo delle **Condizioni di Assicurazione** gli stessi termini sono evidenziati in carattere corsivo.

Alcuni termini sono comuni a tutte le garanzie, altri riguardano sezioni o garanzie specifiche.

A

Aborto Terapeutico: interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da *malformazioni* o gravi patologie.

Abuso di psicofarmaci: assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.

Accertamenti Diagnostici: le analisi di laboratorio, le indagini cliniche e strumentali di alta specializzazione e diagnostica (con esclusione delle *Visite Specialistiche*) che possono essere effettuate anche in *Centri Medici* volte a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una *Malattia* o *Infortunio*.

Anno (annuo/ale): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile).

Anno/annualità Assicurativo/a: periodo continuativo di 12 (dodici) *mesi* in cui l'*Assicurazione* è efficace, il primo dei quali inizia alle ore 24.00 (ventiquattro) dalla *Data di Decorrenza*.

Applicazioni aventi carattere estetico: cure mediche o chirurgiche che trattano condizioni fisiche non connesse ad alterazioni funzionali e/o possibili evoluzioni maligne o complicazioni.

Assicurato: il soggetto, con residenza nel territorio della Repubblica Italiana, il cui interesse è protetto dalla *Assicurazione*.



Assicurazione: il contratto con il quale la *Compagnia* si impegna a tenere indenne l'*Assicurato*, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un *Sinistro*.

Assistenza: l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'*Assicurato* che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un *sinistro*, tramite la *Centrale Operativa*.

Assistenza Infermieristica: assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

C

Cartella Clinica: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, compilato durante la degenza, diurna o con pernottamento in *Istituto di Cura*, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, *Interventi chirurgici* eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centrale Operativa:

- per le garanzie: "Indennità Giornaliera", "Indennità a seguito di Ricovero in terapia intensiva", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche", "Accertamenti Diagnostici", "Visite Specialistiche", "Check-up", "Dental" e "Short Term Care (Non autosufficienza)" è la struttura di *MyAssistance S.r.l.* costituita da personale con competenze tecnico mediche, incaricata per la gestione delle informazioni relative a richieste per prestazioni previste dall'*Assicurazione*;
- per l'Assistenza è la struttura di Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'*Assicurato*, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della *Compagnia*, le prestazioni di assistenza previste in *Polizza*.

Centro Medico: struttura sanitaria, o poliambulatorio anche non adibiti al *Ricovero*, *Day Hospital / Day Surgery*, non finalizzati al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alle normative vigenti, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, *Trattamenti fisioterapici* e rieducativi) e dotata di Direttore sanitario iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Chirurgia bariatrica: detta anche "chirurgia dell'obesità". *Interventi chirurgici* aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Compagnia: Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

Condizioni di Assicurazione: l'insieme dei termini e delle condizioni che regolano l'*Assicurazione*.

Contraente: il soggetto, persona fisica o giuridica, titolare di un conto corrente con la Banca distributrice del prodotto, che stipula il contratto di assicurazione con la *Compagnia* nell'interesse proprio e/o di altre persone e che paga il relativo *Premio*.

D

Day Hospital: la degenza, senza pernottamento, in *Istituto di Cura* autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche documentate da *Cartella Clinica*.

Day Surgery: la degenza, senza pernottamento, in *Istituto di Cura* autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga prestazioni chirurgiche eseguite da medici chirurgici specialisti documentate da *Cartella Clinica*.

Data di Decorrenza: la data indicata sul *Modulo di Polizza* dalla quale decorre l'*Assicurazione*, fatto salvo eventuali *Termini di carenza* e se il *Premio* o una rata di *Premio* è stato pagato.



Difetto fisico: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite o acquisite durante lo sviluppo fisiologico.

Disdetta: comunicazione che il *Contraente* deve inviare alla *Compagnia*, o viceversa, entro un termine di preavviso fissato dal contratto, per evitare il tacito rinnovo dell'*Assicurazione*.

Domicilio: il luogo, nel Paese di origine, dove l'*Assicurato* ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.

E

Equipe medica: gruppo di medici chirurghi e operatori sanitari che effettuano l'*Intervento chirurgico*.

Eestero: tutti i Paesi del Mondo esclusa l'*Italia*.

Evento / Data Evento:

- Prestazioni Ospedaliere - il singolo *Ricovero*, *Day Hospital / Day Surgery* o *Intervento Chirurgico Ambulatoriale*. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il *Ricovero*, *Day Hospital / Day Surgery* o l'*Intervento Chirurgico Ambulatoriale*.
- Prestazioni Extra-ospedaliere - l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente e relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.
- Prestazioni odontoiatriche - la data in cui viene eseguita ogni singola prestazione odontoiatrica assicurata.

F

Familiare (valido per la sezione Assistenza): la persona legata da vincolo di parentela con l'*Assicurato* (coniuge, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini, nipoti) e da persone con lui stabilmente conviventi così come risultante dallo stato di famiglia.

Filiale: l'agenzia della Banca presso la quale è aperto il conto corrente del *Contraente*.

Franchigia: l'importo contrattualmente stabilito che, in caso di *sinistro*, rimane a carico dell'*Assicurato*.

I

Indennità giornaliera: *indennizzo* forfettario giornaliero corrisposto all'*Assicurato* in caso di *Ricovero* con o senza *Intervento chirurgico*, *Day Hospital / Day Surgery* sia in regime S.S.N. che privato.

Indennità sostitutiva: *indennizzo* forfettario giornaliero riconosciuto in caso di *Ricovero* che non comporti il *Rimborso* delle spese sanitarie.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento Chirurgico Ambulatoriale: intervento di piccola chirurgia non in regime di *Ricovero*, *Day Surgery*, eseguito presso *Istituto di Cura*, *Centro Medico* o Studio medico chirurgo.

Istituto di Cura: Istituto Universitario, Ospedale, Casa di Cura, regolarmente autorizzati all'erogazione della assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri di benessere.

Italia: il territorio della Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.



L

Livello di Protezione: insieme di prestazioni odontoiatriche ragionevolmente raggruppate per obiettivo terapeutico. I quattro Livelli di Protezione sono: Visita e Prevenzione, Cure di 1° e 2° livello.

M

Malattia: ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da *infortunio*. La gravidanza non è considerata Malattia.

Malattia improvvisa (valido per la sezione Assistenza): malattia di acuta *insorgenza* di cui l'*Assicurato* non era a conoscenza e che, comunque, non sia la manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'*Assicurato*.

Malattia mentale: tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'*OMS*).

Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale: l'importo che rappresenta il massimo esborso a cui è tenuta la *Compagnia* in caso di *sinistro*.

Medicina alternativa o complementare: 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; omotossicologia; chiropratica.

Mese (mensile): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

Modulo di Polizza: è il documento, sottoscritto dalle *Parti*, che riporta tutti i dati necessari per la gestione del contratto di assicurazione (ad esempio, *Data di decorrenza* e scadenza, indicazione degli *Assicurati*, il *Premio* dovuto, il Piano Assicurativo scelto e le garanzie facoltative operanti).

MyAssistance S.r.l.: la società di servizi che provvede, per conto della *Compagnia*, al *Pagamento diretto* delle *strutture sanitarie convenzionate* e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al *Rimborso* agli *Assicurati*. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

O

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità.

P

Patologie preesistenti: gli stati invalidanti, gli *Infortuni* e le *Malattie* in genere nonché le relative conseguenze e complicanze dirette o indirette, che siano – prima della Data di Decorrenza delle Polizza:

- conosciuti, o diagnosticati o curati;
oppure
- non ancora diagnosticati ma per i quali siano stati prescritti esami clinici (strumentali e/o di laboratorio), visite e per i quali siano necessari ulteriori approfondimenti.

PHEIC: Public Health Emergencies of International Concern (Emergenza Sanitaria di interesse Internazionale)

Pagamento diretto: pagamento che la *Compagnia*, in nome e per conto dell'*Assicurato*, effettua nei confronti delle *Strutture Convenzionate* per le prestazioni previste in *Polizza* purché indennizzabili a termini di contratto.

Parti: il *Contraente* e la *Compagnia*.

Piano assicurativo: insieme delle garanzie sanitarie assicurate, sempre operanti, scelte dall'*Assicurato* e indicate nel *Modulo di Polizza*.



Polizza: l'insieme dei documenti che comprovano l'Assicurazione, costituito dal *Modulo di polizza* e dalle *Condizioni di assicurazione*.

Premio: la somma dovuta dal *Contraente* alla *Compagnia*.

Q

Questionario Sanitario: il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. Non è prevista la compilazione del Questionario Sanitario per la garanzia facoltativa "*Dental*".

R

Regime misto: l'accesso, tramite preventiva attivazione della *Centrale Operativa*, ad una *Struttura Convenzionata* ricevendo prestazioni mediche eseguite da medici non convenzionati.

Retta di degenza: Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Residenza: il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.

Ricovero: degenza in *Istituto di Cura* che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in *Istituto di Cura*, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo *accertamenti diagnostici* che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rimborso o Indennizzo: somma dovuta dalla *Compagnia* all'Assicurato in caso di *Sinistro*.

Rischio: la possibilità che si verifichi il *Sinistro*.

S

Scoperto: la percentuale del danno che, in caso di *Sinistro*, rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso, futuro e incerto, per il quale è prestata l'Assicurazione.

Sperimentale: si intendono tutti i dispositivi medici, farmaci, trattamenti medici o chirurgici non riconosciuti come trattamenti consolidati e non autorizzati dalle autorità competenti nel paese in cui gli stessi sono stati ricevuti o eseguiti. Ai sensi della presente Assicurazione si equiparano a sperimentali anche i dispositivi medici, i farmaci e i 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 popolazione, salvo che non siano stati incorporati in linee guida e percorsi clinici pubblicati da organismi appropriati quali Associazioni Mediche. A titolo semplificato ma non esaustivo: National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®), la Società Europea di Oncologia Medica (ESMO), [Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons](#) (SAGES).

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

S.S.N.: Servizio Sanitario Nazionale.

Strutture Convenzionate (Pagamento diretto): rete convenzionata con *MyAssistance S.r.l.*, costituita da Ospedali, Istituti di Carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, medici specialisti, centri e studi odontoiatrici, medici odontoiatrici nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste. Le prestazioni sono fornite senza che l'Assicurato debba provvedere ad anticipi; a suo carico rimarranno eventuali *Scoperti/Franchigie* o prestazioni non autorizzate o non coperte dall'Assicurazione.



Strutture non Convenzionate (a rimborso): strutture non facenti parte delle *Strutture Convenzionate* con la società di servizi, con erogazione delle prestazioni a *Rimborso*.

Surgical Cash: indennità forfettaria prestabilita, per *Intervento chirurgico* reso necessario da *Malattia* o da *Infortunio*.

T

Terapia Intensiva: l'insieme delle complesse procedure diagnostiche e terapeutiche che comportino l'intubazione finalizzate al ripristino e al sostegno di funzioni vitali (cardiocircolatoria, respiratoria, neurologica, metabolica) acutamente e gravemente compromesse.

Termini di carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla *Data di Decorrenza* della *Polizza* durante il quale le garanzie non sono operanti. Vuol dire che se il *Sinistro* avviene in quel periodo di tempo o il *Ricovero* o le cure odontoiatriche iniziano durante il periodo di carenza e proseguono oltre lo stesso, l'*Assicurato* non ha diritto all'*Indennizzo*.

Terrorismo: qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione, o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico, se tale azione non può essere definita come atto di guerra, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o meno), guerra civile, ribellione, insurrezione, colpo di Stato o confisca, nazionalizzazione, requisizione e distruzione o danno alla proprietà, causato da o per ordine di Governi o Autorità pubbliche o locali o come atto avvenuto nel contesto di scioperi, sommosse, tumulti popolari o come atto vandalico.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in *Italia*, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da *Malattia* o *Infortunio* indennizzabili a termine di *Polizza*. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

V

Visita specialistica: la visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le visite effettuate da medico con specializzazione in Medicina Generale e Pediatria di routine.





NORME COMUNI



Le norme indicate ed espresse dai seguenti articoli regolano tutte le sezioni delle Condizioni di Assicurazione della polizza **Protezione Salute**.

Art.1.1 APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti *Condizioni di Assicurazione* si applicano esclusivamente ai titolari di conto corrente presso la Banca distributrice del prodotto.

Pertanto, in caso di estinzione del rapporto con l'istituto bancario presso il quale è appoggiato il conto corrente sul quale è addebitato il *premio dell'assicurazione*, la *Polizza* viene risolta di diritto con effetto dalla prima scadenza di rata successiva alla chiusura del rapporto, senza necessità di *disdetta* e senza l'applicazione del termine di tolleranza [► art.1901, 2° comma, del Codice civile].

Art.1.2 STRUTTURA DEL PRODOTTO

L'Assicurato può scegliere quale dei seguenti *Piani assicurativi*, con garanzie definite, vuole attivare:

PIANO ASSICURATIVO	GARANZIE OPERANTI
Smart	"Indennità giornaliera" "Indennità a seguito ricovero in terapia intensiva"
Medium	"Indennità giornaliera" "Indennità a seguito ricovero in terapia intensiva" "Surgical Cash"
Full Indennità giornaliera	"Indennità giornaliera" "Indennità a seguito ricovero in terapia intensiva" "Visite Specialistiche" "Accertamenti diagnostici"
Full Surgical Cash	"Surgical Cash" "Visite Specialistiche" "Accertamenti diagnostici"
Full Rimborso spese mediche	"Rimborso Spese Mediche" "Indennità a seguito ricovero in terapia intensiva" "Visite Specialistiche" "Accertamenti diagnostici"
Full Rimborso spese mediche e Indennità giornaliera	"Rimborso Spese Mediche" "Indennità giornaliera" "Indennità a seguito ricovero in terapia intensiva" "Visite Specialistiche" "Accertamenti diagnostici"

Qualunque sia il *Piano assicurativo* scelto è sempre compresa la garanzia "Check-up" che a seconda del *Piano assicurativo* scelto prevede un pacchetto predefinito di esami diagnostici, e la garanzia "Assistenza" (vedasi sezione "Assistenza").



Ciascun *Piano assicurativo* è integrabile con una o più garanzie facoltative “Short Term Care (Non Autosufficienza)” e “Dental”, che prevedono il pagamento di un *Premio* aggiuntivo.

Per ogni garanzia definita nel *Piano assicurativo*, eccetto per le garanzie “*Visite Specialistiche*” e “*Accertamenti diagnostici*”, si può scegliere tra due opzioni assicurative (Easy o Top) che differenziano tra di loro per *Massimali e/o Prestazioni*. Anche per la garanzia facoltativa “*Dental*” è possibile scegliere tra due opzioni assicurative (Easy o Top) che differenziano tra di loro per *Livelli di Protezione*.

Il dettaglio delle prestazioni incluse in ogni singola garanzia è descritto ai successivi artt. 2.1 – 2.8.

Art.1.3 PERSONE ASSICURABILI

Sono assicurabili le persone fisiche con residenza nel territorio della Repubblica Italiana, per un massimo di 5 persone all'interno della stessa *Polizza*; ciascuna persona può avere *Piani Assicurativi* e garanzie facoltative differenti. Per ciascun *Assicurato* è prevista la compilazione del *Questionario Sanitario* prima della sottoscrizione della *Polizza* o in caso di variazioni al contratto di assicurazione come normato all'art. 1.9.

Art.1.4 LIMITI DI ETÀ

Art. 1.4.1 Garanzie “Indennità giornaliera”, “Surgical Cash”, “Rimborso Spese Mediche”, “Indennità a seguito ricovero in terapia intensiva”, “Accertamenti Diagnostici”, “Visite specialistiche”, “Check-up”, “Dental” e assicurazione Assistenza

L'*Assicurazione* è operante per gli *Assicurati* con:

- età massima all'ingresso: 65 (sessantacinque) anni compiuti;
- età massima in uscita: 75 (settantacinque) anni compiuti.

Qualora uno degli *Assicurati* compia il 75° anno di età durante l'*annualità assicurativa*, la copertura cessa solo per questo *Assicurato* alla prima annualità utile, fermo il ricalcolo del *Premio* sulla base del nuovo numero di *Assicurati* all'interno della medesima *Polizza*.

Per la sola garanzia facoltativa “Dental” è prevista un'età minima all'ingresso pari a tre anni compiuti.

Art. 1.4.2 Garanzia facoltativa “Short Term Care (Non autosufficienza)”

L'*Assicurazione* è operante per gli *Assicurati* con:

- età minima all'ingresso: uguale o superiore a 18 anni;
- età massima all'ingresso: 60 (sessanta) anni compiuti;
- età massima all'uscita: 65 (sessantacinque) anni compiuti.

Qualora uno degli *Assicurati* compia il 65° anno di età durante l'*annualità assicurativa*, la copertura cessa per questo *Assicurato* alla prima annualità utile, fermo il ricalcolo del *Premio* sulla base del nuovo numero di *Assicurati* all'interno della medesima *Polizza*.

Art.1.5 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'*Assicurazione* decorrere dalle ore 24:00 del giorno indicato nel *Modulo di Polizza*:

- fatti salvi gli eventuali *Termini di Carenza*;
 - e se il *Premio* o la prima rata di *Premio* è stata pagata;
- altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Il pagamento del *premio* avviene esclusivamente mediante addebito automatico su conto corrente intrattenuto presso una *filiale* della Banca distributrice del prodotto, previa sottoscrizione da parte del *Contraente* di autorizzazione irrevocabile all'addebito per l'intera durata contrattuale.

Il *premio* sarà addebitato secondo il frazionamento indicato nel *Modulo di polizza*. Il *Premio* è sempre determinato per periodi di assicurazione di un *anno*, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali o mensili.

Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce, a tutti gli effetti, regolare quietanza.

Nel caso in cui il pagamento del *premio* o della rata non possa andare a buon fine a causa dell'assenza sul conto corrente di fondi disponibili sufficienti, l'*assicurazione* viene sospesa dalle ore 24.00 del 15° (quindicesimo) giorno successivo a quello della scadenza e viene riattivata dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della *Compagnia* al pagamento dei *premi* scaduti e non versati [► art.1901 del Codice civile].



In caso di pagamento dei *Premi* successivo al 60° (sessantesimo) giorno, saranno applicati nuovamente i *Termini di carenza* previsti all'art. 2.12 “Termini di Carenza”, che verranno calcolati a partire dalle ore 24:00 del giorno di pagamento delle rate di *Premio* scadute.

Il contratto si risolve di diritto se la *Compagnia* non agisce per la riscossione nel termine di sei *mesi* dal giorno in cui il *premio* o la rata sono scaduti, fermo il diritto al *premio* in corso ed al rimborso delle spese.



Art.1.6 DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha durata *annuale*.

In mancanza di *disdetta* data dal *Contraente* o dalla *Compagnia*, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un *anno* si rinnova tacitamente di un *anno* e così successivamente di anno in anno.



La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza?

La polizza prevede il tacito rinnovo annuale. Pertanto, in mancanza di disdetta da una delle Parti, alla scadenza indicata in polizza questa si rinnoverà automaticamente di anno in anno.



Cosa devo fare per dare disdetta alla Polizza?

Devi inviare una lettera raccomandata A/R almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della Polizza (ad esempio, se la polizza scade il 30 giugno dell'anno x devi inviare la lettera entro la fine di maggio)

Art.1.7 CALCOLO DEL PREMIO

Il *Premio* viene calcolato in base all'età di ogni soggetto assicurato al momento dell'attivazione della *Polizza* e viene adeguato alla data di rinnovo in caso di passaggio da una fascia d'età all'altra.

Ad ogni rinnovo verrà quindi verificato se l'età di ciascun *Assicurato* risulta nella medesima fascia di età di cui alla tabella seguente. Qualora uno o più *Assicurati*, a tale data, dovessero rientrare nella fascia di età successiva, ai *Premi* dell'anno precedente relativi ai predetti *Assicurati* verrà applicato l'incremento in percentuale riportato nella medesima tabella:

Fascia di età	Piano assicurativo											
	Smart		Medium		Full Indennità giornaliera		Full Surgical Cash		Full Rimborso spese mediche		Full Rimborso spese mediche e Indennità	
	EASY	TOP	EASY	TOP	EASY	TOP	EASY	TOP	EASY	TOP	EASY	TOP
0-17	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
18-24	+17,67%	+17,67%	+43,73%	+44,00%	+51,39%	+47,24%	+58,72%	+60,21%	+84,40%	+89,15%	+ 77,05%	+ 75,80%
25-29	+41,39%	+41,39%	+25,20%	+25,17%	+17,05%	+19,45%	+14,04%	+14,04%	+21,26%	+21,18%	+ 22,73%	+ 23,71%
30-34	+88,60%	+48,33%	+56,35%	+37,59%	+55,17%	+49,68%	+57,27%	+53,46%	+56,43%	+54,92%	+ 52,35%	+ 48,22%
35-39	+9,70%	+12,18%	+14,14%	+16,08%	+14,76%	+14,98%	+15,08%	+15,56%	+12,23%	+11,44%	+ 12,54%	+ 12,06%
40-44	0,00%	0,00%	+5,42%	+6,09%	+6,92%	+6,20%	+7,79%	+8,37%	+4,82%	+4,47%	+ 4,43%	+ 3,81%
45-49	0,00%	0,00%	+9,51%	+10,60%	+5,98%	+5,67%	+8,54%	+9,66%	+8,46%	+9,02%	+ 8,09%	+ 8,30%
50-54	+8,40%	+10,58%	+12,54%	+13,81%	+5,83%	+6,35%	+6,85%	+8,12%	+10,10%	+11,44%	+ 10,25%	+ 11,56%
55-59	+36,67%	+44,69%	+29,16%	+31,66%	+7,44%	+11,49%	+5,79%	+8,17%	+11,45%	+13,21%	+ 14,05%	+ 17,54%
60-64	+20,53%	+23,64%	+25,68%	+27,43%	+6,47%	+8,93%	+8,21%	+11,69%	+17,21%	+19,91%	+ 18,04%	+ 20,95%
65-69	+35,94%	+40,33%	+33,41%	+35,15%	+13,77%	+18,11%	+12,97%	+16,34%	+24,76%	+27,56%	+ 26,55%	+ 30,13%
70-74	+9,65%	+10,50%	+15,95%	+16,61%	+1,43%	+3,11%	+4,65%	+8,12%	+14,85%	+15,67%	+ 14,52%	+ 15,02%

Per le garanzie facoltative "Short Term Care (Non Autosufficienza)" e "Dental", nonché per l'assicurazione "Assistenza", non è previsto alcun adeguamento per cambio fascia d'età.

Art.1.8 SCONTI

La *Compagnia* riconosce sul *Premio* imponibile di *Polizza* uno sconto del 15% nel caso in cui gli *Assicurati* inclusi nella stessa *Polizza* siano in numero non inferiore a due. Detto sconto viene applicato alla somma complessiva dei *Premi* relativi alle garanzie previste dal *Piano assicurativo* prescelto nonché ai *Premi* delle garanzie facoltative "Short Term Care (Non autosufficienza)" e "Dental".

Al rinnovo lo sconto rimane valido sempreché ci siano almeno due persone assicurate.

Qualora, in corso di *anno assicurativo*, si verifichi l'esclusione di un *Assicurato* ai sensi dell'art. 2.9 "Persone non assicurabili" oppure si verifichi l'inclusione di un *Assicurato* ai sensi dell'art. 1.10 "Inclusione del neonato in corso d'anno", e la variazione nel numero degli *Assicurati* comporti il ricalcolo dello sconto eventualmente riconosciuto, tale operazione avverrà esclusivamente al momento della determinazione del *premio* complessivamente dovuto in occasione della prima ricorrenza *annuale* della *Data di decorrenza*.



Art.1.9 VARIAZIONI AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il *Contraente* può modificare il contratto di *Assicurazione* solo al rinnovo della *Polizza* per:

- variazione del *Piano Assicurativo* e/o dell'opzione prescelta (da Easy a Top o viceversa);
- aggiunta o eliminazione di garanzie facoltative;
- inclusione o esclusione di *Assicurati*.

Modifiche in aumento

Nei casi di variazione (in continuità di copertura):

- del *Piano Assicurativo* (ad esempio passaggio da "Medium" a "Full Rimborso Spese Mediche");
- e/o di opzione da Easy a Top;
- e/o di aggiunta della garanzia facoltativa "Short Term Care" (Non Autosufficienza);
- e/o di inclusione di nuovi *Assicurati*;

è prevista nuovamente la compilazione del *Questionario Sanitario*.

Nel caso in cui l'*Assicurato* non sia in grado di sottoscrivere il *Questionario Sanitario*, perché in presenza anche di una sola risposta affermativa e/o se il suo Indice di Massa Corporea (IMC) non rientra nel range previsto in base all'età e al genere dell'*Assicurato*, così come indicato nel retro del *Questionario Sanitario*, la *Polizza* potrà essere rinnovata mantenendo il *Piano Assicurativo*, opzione e garanzie facoltative previste nella *Polizza* in scadenza. Nessuna variazione verrà accettata rispetto alla *Polizza* in essere.

Modifiche in diminuzione

Nei casi di variazione (in continuità di copertura):

- del *Piano Assicurativo* (ad esempio passaggio da "Medium" a "Smart");
- di opzione da Top a Easy;
- di eliminazione di garanzie facoltative;

non è prevista la compilazione del *Questionario Sanitario*.

Art.1.10 INCLUSIONE DEL NEONATO IN CORSO D'ANNO

Qualora un *Assicurato* abbia un figlio (a prescindere dal fatto che si tratti del padre o della madre) in corso di contratto, il neonato è automaticamente assicurato in forma gratuita, fino al raggiungimento del primo anno di età, alle seguenti condizioni:

1. almeno uno dei genitori ha sottoscritto la *Polizza* con il *Piano assicurativo* "Full Rimborso Spese Mediche" o "Full Rimborso Spese Mediche e Indennità Giornaliera";
2. la copertura per il neonato sarà valida solo per la garanzia *Rimborso Spese Mediche*;
3. in base all'opzione (Easy o Top) in vigore per il suddetto Piano, la garanzia *Rimborso Spese Mediche* è operante entro i seguenti limiti:
 - *massimale* per opzione Easy: **100.000,00 euro**;
 - *massimale* per opzione Top: **150.000,00 euro**;

resta inteso che tali importi si devono intendere come sottolimiti del *massimale* in vigore per il genitore (qualora i genitori abbiano *Piani* con *massimali* differenti, il neonato beneficerà del *massimale* più alto).

Durante il periodo di gratuità sono inclusi **solo** gli interventi per l'eliminazione e la correzione di *difetti fisici e malformazioni* congenite eseguiti **entro il primo anno di età**.

Entro la data di scadenza del suo primo anno di età il neonato potrà essere incluso in copertura nella *Polizza* del/i genitore/i, previa compilazione del *Questionario Sanitario*; se assicurabile le carenze di cui all'art. 2.12.1 "Termini di carenza" **non** verranno ricalcolate.

L'inclusione del bambino, che coincide con il compimento del suo primo anno di età, potrà avvenire in qualsiasi momento, anche, in corso di *annualità assicurativa*: il pagamento del relativo *premio* verrà effettuato al momento della inclusione nella *Polizza* del/i genitore/i in un'unica soluzione. Il rateo di *premio* annuo, determinato in base all'età del bambino, al *Piano assicurativo* prescelto – che può essere differente rispetto a quello in vigore per il/i genitore/i – e all'opzione scelta per l'*assicurazione* Assistenza, è calcolato pro-rata temporis per il periodo che intercorre tra la data di inclusione del bambino e la ricorrenza *annuale* della *Polizza* immediatamente successiva.

**Esempio Inclusione neonato**

- Paolo e Anna stipulano la polizza il 20 gennaio dell'anno x;
- il 10 settembre dello stesso anno Paolo e Anna diventano genitori di Edoardo.

Il bambino è coperto dalla polizza?

Il bambino, se viene fatta espressa richiesta dal genitore, è coperto da quando nasce, quindi da settembre dell'anno x e fino a settembre dell'anno x+1 in forma gratuita solo se sussistono le tre condizioni previste dal presente articolo delle Condizioni Contrattuali e per l'eliminazione e la correzione di difetti fisici e malformazioni.



Che cosa succede a settembre dell'anno X+1?

Previa compilazione del Questionario sanitario Edoardo potrà essere incluso nella polizza dei genitori dal 10 settembre dell'anno x+1 al 20 gennaio dell'anno x+1 (data di scadenza della polizza dei genitori); in questo specifico caso il premio da versare è calcolato per i 3 mesi e 20 giorni che separano le due date.

Al rinnovo, previo versamento del premio annuo, la copertura del bambino avrà durata annuale con effetto dal 20/01/x+1 al 20/01/x+2 e così si procederà per ogni rinnovo annuale.

Art.1.11 RINUNCIA DELLA COMPAGNIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La *Compagnia* rinuncia, a favore dell'*Assicurato* e dei suoi aventi diritto, al diritto di surroga [► art. 1916 del Codice civile] verso i terzi responsabili degli eventuali *infortuni*.

Art.1.12 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'*Assicurazione* devono esser provate per iscritto; qualsiasi modifica del contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle *Parti*.

Art.1.13 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni dell'*Assicurato*, in particolare quelle fornite mediante compilazione del *Questionario Sanitario*, devono essere veritiere e corrette al fine di un'esatta valutazione del *rischio* da parte della *Compagnia*.

Il *Questionario Sanitario* deve essere datato e firmato da ogni singolo *Assicurato*.

L'*Assicurato* ha l'obbligo di comunicare alla *Compagnia* le circostanze a lui note rilevanti per la determinazione del *rischio*.

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* [► artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile].

Qualora sopravvenga una modifica dello stato di salute dell'*Assicurato* prima della *Data di Decorrenza* della *Polizza* che influisca sulle dichiarazioni riportate sul *Questionario Sanitario*, l'*Assicurato* è tenuto ad informare la *Compagnia*, la quale si riserva il diritto di rivedere le condizioni di accettazione o di rifiutare il *rischio*.

Art.1.14 AGGRAVAMENTO DI RISCHIO

Salvo quanto previsto dagli artt. 1.13 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e 2.9 "Persone non assicurabili", **non trova applicazione**, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'*Assicurato* nel corso del contratto, quanto disposto dall'art. 1898 del Codice civile in materia di aggravamento del *rischio*.

Art.1.15 ALTRE ASSICURAZIONI

Il *Contraente* è esonerato dall'obbligo di denunciare l'esistenza di altre assicurazioni al momento della stipula della *Polizza*.

In caso di *sinistro* resta fermo l'obbligo dell'*Assicurato* di comunicare alla *Compagnia* la coesistenza di altre assicurazioni e di denunciare il *sinistro* a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri [► art. 1910 del Codice civile] e può richiedere a ciascuna di esse l'*indennizzo* dovuto secondo la rispettiva polizza autonomamente considerata, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno. Ciò vale anche nel caso in cui lo stesso *rischio* è coperto da contratti stipulati dall'*Assicurato* con Enti, Casse, Fondi Sanitari Integrativi.

Art.1.16 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Se la presente *Assicurazione* è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla *Polizza* devono essere adempiuti dal *Contraente*, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'*Assicurato* [► art.1891 del Codice civile]. È inoltre onere del *Contraente* trasmettere agli *Assicurati* ogni documento inerente alle informazioni precontrattuali e le *Condizioni di Assicurazione*.

Art.1.17 DIRITTO DI RECESSO

Il contratto di assicurazione non è soggetto al diritto di recesso da parte della *Compagnia*, salvo il diritto di recedere nel caso in cui il *Contraente* e/o l'*Assicurato* rendano dichiarazioni inesatte o reticenze come da art. 1.13 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio".



Art.1.18 CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del *sinistro*, le *Parti* possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'*Indennizzo*, a norma e nei limiti delle condizioni di *Polizza*, a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di *residenza* dell'*Assicurato*. Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le *Parti*, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle *Parti*. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le *Parti* anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

Art.1.19 MEDIAZIONE PER LA CONCILIAZIONE DELLE CONTROVERSIE

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il D. Lgs. n. 28/2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto prevede la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di Mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia.

Dal 20 marzo 2011 il tentativo di Mediazione è obbligatorio e dovrà essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

Art.1.20 ONERI FISCALI

Imposte e altri oneri fiscali, presenti e futuri, relativi all'*Assicurazione* sono a carico del *Contraente*.

Art.1.21 MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)

La *Compagnia* non è tenuta a prestare l'*assicurazione* nella misura in cui la copertura assicurativa possa esporre la *Compagnia* stessa al manifestarsi o al rischio di:

- violazione di divieto, erogazione di sanzione o applicazione di restrizione derivante da Risoluzioni delle Nazioni Unite;
- erogazione di sanzioni economiche o commerciali, derivanti dalla violazione di leggi o disposizioni dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera o degli Stati Uniti d'America.

Art.1.22 FORO COMPETENTE

Foro competente è quello dove l'*Assicurato* risiede o dove ha il suo *domicilio*.

Art.1.23 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'*Assicurazione* è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.





SEZIONE ASSICURAZIONE SANITARIA

Cosa prevedono i Piani assicurativi

Descrizione delle prestazioni previste nelle singole garanzie

Art.2.1 PIANO SMART

Art. 2.1.1 Indennità giornaliera

La *Compagnia* riconosce all'*Assicurato*, in caso di *Ricovero* con o senza *Intervento chirurgico*, compreso il parto e l'*Aborto Terapeutico*, un'Indennità giornaliera per un massimo di 200 (duecento) giorni per persona e per *anno assicurativo*, di importo variabile a seconda dell'opzione assicurativa prescelta e indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute:

- opzione Easy – **euro 100** (cento) al giorno,
- opzione Top – **euro 200** (duecento) al giorno.

Ai fini del calcolo di giorni in caso di *Ricovero*, il primo e ultimo giorno sono considerati come unico giorno.

Nel caso di *Day Hospital / Day Surgery* detti importi vengono riconosciuti al 50% (cinquanta per cento), per un massimo di 50 (cinquanta) giorni per *anno*.

L'indennità viene riconosciuta se il *ricovero* avviene dopo la *Data di Decorrenza* della *Polizza* e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da *Malattia* o *Infortunio* avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'art. 2.12.1 "Termini di Carenza".

Le prestazioni ospedaliere devono essere erogate da:

- *Istituto di Cura* privato o pubblico;
- *Istituto di Cura* privato in regime di convenzione con il S.S.N.

Art. 2.1.2 Indennità a seguito di ricovero in terapia intensiva

La *Compagnia* riconosce all'*Assicurato* un'indennità forfettaria di **euro 2.000** (duemila) per persona e per *anno assicurativo*, a seguito di un *Ricovero* in *terapia intensiva* (esclusa la terapia sub-intensiva) conseguente a *Malattia infettiva* definita dall'*OMS* come emergenza sanitaria di interesse internazionale (*PHEIC*).

L'ammissione alla *terapia intensiva* deve avvenire in conseguenza della *Malattia infettiva* definita dall'*OMS* come Emergenza Sanitaria di interesse Internazionale (*PHEIC*) e la data di ammissione deve essere successiva o uguale alla data di dichiarazione da parte dell'*OMS* di *PHEIC* e durante il periodo di validità della *Polizza*.

Fermi i *Termini di Carenza* di 30 (trenta) giorni calcolati a decorrere dalle ore 24.00 della *Data di Decorrenza*.



Art. 2.1.3 Check-up (Prevenzione)

La garanzia è prevista solo per *Assicurati* di età pari o superiore a 30 anni. Il pacchetto prevenzione è stato previsto al fine di monitorare le proprie condizioni di salute e potrà essere effettuato:

- in un'unica soluzione;
- una volta all'anno presso *Strutture Convenzionate*;
- con applicazione di uno *Scoperto* del **15%** (quindici per cento) a carico dell'*Assicurato*.

L'importo relativo allo *scoperto* di cui sopra deve essere corrisposto alla *Struttura convenzionata* al momento dell'accettazione presso quest'ultima.

Per poter effettuare il check-up, l'*Assicurato* dovrà contattare la *Centrale operativa* di MyAssistance che prenoterà direttamente la prestazione presso la struttura sanitaria prescelta. L'*Assicurato* riceverà quindi conferma dell'avvenuta presa in carico diretta (*Pagamento diretto*) del check-up.

Donna	Uomo
Esami di laboratorio	Esami di laboratorio
- Azotemia	Azotemia
- Cloremia Sodiemia Potassiemia	Cloremia Sodiemia Potassiemia
- Colesterolo totale (LDL e HDL)	Colesterolo totale (LDL e HDL)
- Creatinemia	Creatinemia
- Emocromo con formula	Emocromo con formula
- Gamma GT	Gamma GT
- Glicemia	Glicemia
- PCR	PCR
- T3 - T4 - TSH	T3 - T4 - TSH
- Transaminasi	Transaminasi
- Trigliceridi	Trigliceridi
- Uricemia	Uricemia
- Esami urine completo	Esami urine completo
Ecografia Mammaria / Mammografia (quest'ultima per Assicurate con età superiore a 40 anni)	PSA (per Assicurati con età superiore a 40 anni)



Art.2.2 PIANO MEDIUM**Art. 2.2.1 Indennità giornaliera**

La *Compagnia* riconosce all'*Assicurato*, in caso di *Ricovero* con o senza *Intervento chirurgico*, compreso il parto e l'*Aborto Terapeutico* un'Indennità giornaliera, per un massimo di 200 (duecento) giorni per persona e per *anno assicurativo*, di importo variabile a seconda dell'opzione assicurativa prescelta e indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute:

- opzione Easy – euro 100 (cento) al giorno,
- opzione Top – euro 200 (duecento) al giorno;

ai fini del calcolo di giorni in caso di *Ricovero*, il primo e ultimo giorno sono considerati come unico giorno. Nel caso di *Day Hospital / Day Surgery* detti importi vengono riconosciuti al 50% (cinquanta per cento), per un massimo di 50 (cinquanta) giorni per *anno*.

L'indennità viene riconosciuta se il *ricovero* avviene dopo la *Data di Decorrenza* della *Polizza* e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da *Malattia* o *Infortunio* avvenuto in corso di contratto, fermi i *Termini di Carenza* di cui all'art. 2.12.1 "Termini di Carenza".

Le prestazioni ospedaliere devono essere erogate da:

- *Istituto di Cura* privato o pubblico;
- *Istituto di Cura* privato in regime di convenzione con il S.S.N.

L'Indennità giornaliera per *Ricovero* con *Intervento chirurgico* o *Day Surgery* è cumulabile con l'*indennizzo* previsto dalla garanzia "Surgical Cash" (art. 2.2.3).

Art. 2.2.2 Indennità a seguito di ricovero in terapia intensiva

La *Compagnia* riconosce all'*Assicurato* un'indennità forfettaria di **euro 2.000** (duemila) per persona e per *anno assicurativo*, a seguito di un *Ricovero* in *terapia intensiva* (esclusa la terapia sub-intensiva) conseguente a *Malattia* infettiva definita dall'*OMS* come emergenza sanitaria di interesse internazionale (*PHEIC*). L'ammissione alla terapia intensiva deve avvenire in conseguenza della *Malattia* infettiva definita dall'*OMS* come Emergenza Sanitaria di interesse Internazionale (*PHEIC*) e la data di ammissione deve essere successiva o uguale alla data di dichiarazione da parte dell'*OMS* di *PHEIC* e durante il periodo di validità della *Polizza*. Fermi i *Termini di Carenza* di 30 (trenta) giorni calcolati a decorrere dalle ore 24.00 della *Data di Decorrenza*.

Art. 2.2.3 Surgical Cash

La *Compagnia* riconosce all'*Assicurato*, in caso di *Ricovero* con *Intervento chirurgico*, *Day Surgery* o *Intervento Chirurgico Ambulatoriale* un *Indennizzo* forfettario prestabilito a seconda dell'opzione assicurativa prescelta e indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute.

L'*indennizzo* viene riconosciuto se l'*Intervento chirurgico* avviene dopo la *Data di Decorrenza* della *Polizza* e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da *Malattia* o *Infortunio* avvenuto in corso di contratto, fermi i *Termini di Carenza* di cui all'art. 2.12.1 "Termini di Carenza".

Gli *Interventi chirurgici* sono identificati e classificati in 7 classi che prevedono *Indennizzi* diversi a seconda della complessità dell'*Intervento chirurgico*, e ad ognuno di essi è associato un *Indennizzo* come indicato nella tabella qui di seguito riportata.

Indennizzo forfettario - Opzione Easy		Indennizzo forfettario - Opzione Top	
Classe intervento	Privato/SSN	Classe intervento	Privato/SSN
I	€ 200	I	€ 300
II	€ 400	II	€ 600
III	€ 700	III	€ 1.600
IV	€ 1.000	IV	€ 2.500
V	€ 2.000	V	€ 3.500
VI	€ 4.000	VI	€ 7.000
VII	€ 7.500	VII	€ 15.000

I valori rappresentati in tabella si intendono applicati per persona e per *anno assicurativo*.

Nel corso dell'*anno assicurativo*, per ogni singolo *Assicurato*, l'esposizione massima non potrà superare il doppio dell'*Indennizzo* previsto per la VII classe per l'opzione assicurativa prescelta.

Gli *Interventi chirurgici* previsti dall'*Assicurazione* sono elencati nell'Allegato 1 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi". Qualora sia descritta una patologia anziché una procedura chirurgica, deve sempre intendersi "intervento per" o "asportazione di".

In caso di *Intervento chirurgico* non specificamente indicato nell'Allegato 1 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi", l'attribuzione dell'*intervento chirurgico* per il quale è richiesto l'*indennizzo* sarà stabilita con criterio analogico, secondo giudizio medico della *Compagnia*, con riferimento al più simile tra gli *interventi chirurgici* elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica.



In caso di più *Interventi chirurgici*, originati dalla stessa patologia ed effettuati allo stesso organo, arto o tessuto, l'*indennizzo* previsto viene corrisposto dalla *Compagnia* un'unica volta, nell'*anno assicurativo* cui il *Sinistro* è attribuibile.

Invece, nel caso in cui nel corso della stessa seduta operatoria vengano effettuati due o più *Interventi chirurgici*, la *Compagnia* corrisponderà all'*Assicurato* un unico *indennizzo*, prendendo come riferimento l'intervento con classe più elevata.

Nessun *Indennizzo* è previsto in caso di *Intervento chirurgico* non identificabile sulla base delle regole che precedono.

L'*Indennizzo* per "Surgical Cash" è cumulabile con l'indennità prevista dalla garanzia "*Indennità giornaliera*" (art. 2.2.1).

Art. 2.2.4 Check-up (Prevenzione)

La garanzia è prevista solo per *Assicurati* di età pari o superiore a 30 anni.

Il pacchetto prevenzione è stato previsto al fine di monitorare le proprie condizioni di salute e potrà essere effettuato:

- in un'unica soluzione
- una volta all'*anno* presso *Strutture Convenzionate*;
- con applicazione di uno *Scoperto* del **15%** (quindici per cento) a carico dell'*Assicurato*.

L'importo relativo allo *scoperto* di cui sopra deve essere corrisposto alla *Struttura convenzionata* al momento dell'accettazione presso quest'ultima.

Per poter effettuare il check-up, l'*Assicurato* dovrà contattare la *Centrale operativa* di *MyAssistance* che prenoterà direttamente la prestazione presso la struttura sanitaria prescelta. L'*Assicurato* riceverà quindi conferma dell'avvenuta presa in carico (*Pagamento diretto*) del check-up.

Donna	Uomo
Esami di laboratorio	Esami di laboratorio
- Azotemia	Azotemia
- Cloremia Sodiemia Potassiemia	Cloremia Sodiemia Potassiemia
- Colesterolo totale (LDL e HDL)	Colesterolo totale (LDL e HDL)
- Creatinemia	Creatinemia
- Emocromo con formula	Emocromo con formula
- Gamma GT	Gamma GT
- Glicemia	Glicemia
- PCR	PCR
- T3 - T4 - TSH	T3 - T4 - TSH
- Transaminasi	Transaminasi
- Trigliceridi	Trigliceridi
- Uricemia	Uricemia
- Esami urine completo	Esami urine completo
Ecografia Mammaria / Mammografia (quest'ultima per Assicurate con età superiore a 40 anni)	PSA (per Assicurati con età superiore a 40 anni)



Art.2.3 PIANO FULL INDENNITÀ GIORNALIERA**Art. 2.3.1 Indennità giornaliera**

La *Compagnia* riconosce all'*Assicurato*, in caso di *Ricovero* con o senza *Intervento chirurgico*, compreso il parto e l'*Aborto Terapeutico* un'Indennità giornaliera, per un massimo di 200 (duecento) giorni per persona e per *anno assicurativo*, di importo variabile a seconda dell'opzione assicurativa prescelta e indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute:

- opzione Easy – euro 100 (cento) al giorno,
- opzione Top – euro 200 (duecento) al giorno;

ai fini del calcolo di giorni in caso di *Ricovero*, il primo e ultimo giorno sono considerati come unico giorno.

Nel caso di *Day Hospital / Day Surgery* detti importi vengono riconosciuti al 50% (cinquanta per cento), per un massimo di 50 (cinquanta) giorni per *anno*.

L'indennità viene riconosciuta se il *ricovero* avviene dopo la *Data di Decorrenza* della *Polizza* e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da *Malattia* o *Infortunio* avvenuto in corso di contratto, fermi i *Termini di Carenza* di cui all'art. 2.12.1 "Termini di Carenza".

Le prestazioni ospedaliere devono essere erogate da:

- *Istituto di Cura* privato o pubblico;
- *Istituto di Cura* privato in regime di convenzione con il S.S.N.

Art. 2.3.2 Indennità a seguito di ricovero in terapia intensiva

La *Compagnia* riconosce all'*Assicurato* un'indennità forfettaria di **euro 2.000** (duemila) per persona e per *anno assicurativo*, a seguito di un *Ricovero* in *terapia intensiva* (esclusa la terapia sub-intensiva) conseguente a *Malattia* infettiva definita dall'*OMS* come emergenza sanitaria di interesse internazionale (*PHEIC*). L'ammissione alla *terapia intensiva* deve avvenire in conseguenza della *Malattia* infettiva definita dall'*OMS* come Emergenza Sanitaria di interesse Internazionale (*PHEIC*) e la data di ammissione deve essere successiva o uguale alla data di dichiarazione da parte dell'*OMS* di *PHEIC* e durante il periodo di validità della *Polizza*. Fermi i *Termini di Carenza* di 30 (trenta) giorni calcolati a decorrere dalle ore 24.00 della *Data di Decorrenza*.

Art. 2.3.2 Accertamenti Diagnostici

La *Compagnia* rimborsa, fino a concorrenza del *Massimale* di **euro 5.000** (cinquemila) per *Assicurato* e per *anno assicurativo*, le spese relative agli *Accertamenti Diagnostici* (compresa amniocentesi e villocentesi in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età) effettuati dopo la *Data di decorrenza* della *Polizza* e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio* avvenuto in corso di contratto, fermi i *Termini di carenza* di cui all'art. 2.12.1 "Termini di carenza". L'*assicurazione* è prestata con applicazione dello *scoperto* del **15%** (quindici per cento) per *evento* in caso di utilizzo, da parte dell'*Assicurato*, di *Strutture convenzionate (a pagamento diretto)*, *scoperto* che viene elevato al **25%** (venticinque per cento) in caso di utilizzo di *Strutture non convenzionate (a rimborso)*.

Sono escluse:

- ecografie di controllo della gravidanza;
- test genetici prenatali non invasivi (come Harmony test, Prenatal Safe);
- accertamenti finalizzati a cure odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da *Infortunio*.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno *Scoperto /Franchigia*, fermi i limiti previsti.

Art. 2.3.3 Visite specialistiche / Trattamenti fisioterapici e rieducativi / Assistenza infermieristica domiciliare

La *Compagnia* rimborsa, fino a concorrenza del *Massimale* di **euro 1.500** (millecinquecento) per *Assicurato* e per *anno assicurativo*, le spese per:

- onorari medici per *Visite Specialistiche*, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da *Infortunio*. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative e le *Visite specialistiche* effettuate da medici specializzati in Medicina Generale;
- *Trattamenti fisioterapici e rieducativi*;
- *Assistenza Infermieristica* domiciliare (prescritta da medico curante o da medico specialista) fino a concorrenza del limite massimo di **euro 50** (cinquanta) al giorno e fermo il *massimale* sopra indicato;

effettuate dopo la *Data di Decorrenza* e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio* avvenuto in corso di contratto, fermi i *Termini di carenza* di cui all'art. 2.12.1 "Termini di Carenza". Con riferimento al *rimborso* delle spese per "Visite specialistiche" e per "Trattamenti fisioterapici e rieducativi", l'*assicurazione* è prestata con applicazione dello *scoperto* del **15%** (quindici per cento) per *evento* in caso di utilizzo, da parte dell'*Assicurato*, di *Strutture convenzionate (a pagamento diretto)*, *scoperto* che viene elevato al **25%** (venticinque per cento) in caso di utilizzo di *Strutture non convenzionate (a rimborso)*.



Sono inoltre comprese, entro il limite del sub-massimale di **euro 400** (quattrocento), le spese sostenute per l'acquisto di lenti ed occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive (escluse le "usa e getta" e lenti estetiche) a seguito di variazione del visus da parte dell'Assicurato certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto correttive dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno assicurativo. Per lenti ed occhiali e per lenti a contatto correttive l'Assicurazione è prestata con l'applicazione di uno scoperto pari al **15%** (quindici per cento) della spesa stessa. Sono escluse dalla garanzia (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa) le spese relative a liquidi per la pulizia e simili.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto /Franchigia, fermi i limiti previsti.

Art. 2.3.4 Check-up (Prevenzione)

La garanzia è prevista solo per Assicurati di età pari o superiore a 30 anni.

Il pacchetto prevenzione è stato previsto al fine di monitorare le proprie condizioni di salute e potrà essere effettuato:

- in un'unica soluzione
- una volta all'anno presso Strutture Convenzionate;
- con applicazione di uno Scoperto del **15%** (quindici per cento) a carico dell'Assicurato.

L'importo relativo allo scoperto di cui sopra deve essere corrisposto alla Struttura convenzionata al momento dell'accettazione presso quest'ultima.

Per poter effettuare il check-up, l'Assicurato dovrà contattare la Centrale operativa di MyAssistance che prenoterà direttamente la prestazione presso la struttura sanitaria prescelta. L'Assicurato riceverà quindi conferma dell'avvenuta presa in carico diretta (Pagamento diretto) del check-up.

Donna	Uomo
Esami di laboratorio	Esami di laboratorio
- Azotemia	- Azotemia
- Cloremia Sodiemia Potassiemia	- Cloremia Sodiemia Potassiemia
- Colesterolo totale (LDL e HDL)	- Colesterolo totale (LDL e HDL)
- Creatinemia	- Creatinemia
- Emocromo con formula	- Emocromo con formula
- Gamma GT	- Gamma GT
- Glicemia	- Glicemia
- PCR	- PCR
- T3 - T4 - TSH	- T3 - T4 - TSH
- Transaminasi	- Transaminasi
- Trigliceridi	- Trigliceridi
- Uricemia	- Uricemia
- Esami urine completo	- Esami urine completo
Pap test	ECG (Elettrocardiogramma)
Ecografia Mammaria / Mammografia (quest'ultima per Assicurate con età superiore a 40 anni)	PSA (per Assicurati con età superiore a 40 anni)
Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG	Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG
Ecografia addominale inferiore	Ecografia addominale inferiore



Art.2.4 FULL SURGICAL CASH**Art. 2.4.1 Surgical Cash**

La *Compagnia* riconosce all'*Assicurato*, in caso di *Ricovero con Intervento chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale* un *Indennizzo* forfettario prestabilito a seconda dell'opzione assicurativa prescelta e **indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute**.

L'*indennizzo* viene riconosciuto se l'*Intervento chirurgico* avviene dopo la *Data di Decorrenza* della *Polizza* e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da *Malattia* o *Infortunio* avvenuto in corso di contratto, fermi i *Termini di Carenza* di cui all'art. 2.12.1 "Termini di Carenza".

Gli *Interventi chirurgici* sono identificati e classificati in 7 classi che prevedono *Indennizzi* diversi a seconda della complessità dell'*Intervento chirurgico*, e ad ognuno di essi è associato un *Indennizzo* come indicato nella tabella qui di seguito riportata.

Indennizzo forfettario - Opzione Easy		Indennizzo forfettario - Opzione Top	
Classe intervento	Privato/SSN	Classe intervento	Privato/SSN
I	€ 200	I	€ 300
II	€ 400	II	€ 600
III	€ 700	III	€ 1.600
IV	€ 1.000	IV	€ 2.500
V	€ 2.000	V	€ 3.500
VI	€ 4.000	VI	€ 7.000
VII	€ 7.500	VII	€ 15.000

I valori rappresentati in tabella si intendono applicati per persona e per *anno assicurativo*.

Nel corso dell'*anno assicurativo*, per ogni singolo *Assicurato*, l'esposizione massima non potrà superare il doppio dell'*Indennizzo* previsto per la VII classe dell'opzione assicurativa prescelta.

Gli *Interventi chirurgici* previsti dall'Assicurazione sono elencati nell'Allegato 1 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi". Qualora sia descritta una patologia anziché una procedura chirurgica, deve sempre intendersi "intervento per" o "asportazione di".

In caso di *Intervento chirurgico* non specificatamente indicato nell'Allegato 1 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi", l'attribuzione dell'*intervento chirurgico* per il quale è richiesto l'*indennizzo* sarà stabilita con criterio analogico, secondo giudizio medico della *Compagnia*, con riferimento al più simile tra gli *interventi chirurgici* elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica. Nessun *Indennizzo* è previsto in caso di *Intervento chirurgico* non identificabile sulla base delle regole che precedono.

In caso di più *Interventi chirurgici*, originati dalla stessa patologia ed effettuati allo stesso organo, arto o tessuto, l'*indennizzo* previsto viene corrisposto dalla *Compagnia* un'unica volta, nell'*anno assicurativo* cui il *sinistro* è attribuibile.

**Come opera l'Assicurazione se subisco due interventi chirurgici al ginocchio sinistro?**

Ipotizziamo che la polizza decorra il 1° marzo e il primo intervento al ginocchio in questione – che ha subito un danno a seguito di un infortunio occorso dopo la decorrenza di polizza – avvenga il 15 luglio dello stesso anno; se questo ginocchio deve essere oggetto di un ulteriore intervento nell'ottobre dello stesso anno, la spesa per il primo intervento è indennizzabile mentre quella per il secondo intervento no; se, invece, il secondo intervento dovesse rendersi necessario nell'aprile dell'anno successivo, l'*Assicurato* verrebbe indennizzato per le spese di entrambi gli interventi chirurgici.

Invece, nel caso in cui nel corso della stessa seduta operatoria vengano effettuati due o più *Interventi chirurgici*, la *Compagnia* corrisponderà all'*Assicurato* un unico *indennizzo*, prendendo come riferimento l'intervento con classe più elevata.

Art. 2.4.2 Accertamenti Diagnostici

La *Compagnia* rimborsa, fino a concorrenza del **Massimale di euro 5.000** (cinquemila) per *Assicurato* e per *anno assicurativo*, le spese relative agli *Accertamenti Diagnostici* (compresa amniocentesi e villocentesi in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età) effettuati dopo la *Data di decorrenza* della *Polizza* e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio* avvenuto in corso di contratto, fermi i *Termini di carenza* di cui all'art. 2.12.1 "Termini di carenza".

L'*assicurazione* è prestata con applicazione dello **scoperto del 15%** (quindici per cento) per *evento* in caso di utilizzo, da parte dell'*Assicurato*, di *Strutture convenzionate (a pagamento diretto)*, **scoperto** che viene elevato al **25%** (venticinque per cento) in caso di utilizzo di *Strutture non convenzionate (a rimborso)*.



Sono escluse:

- ecografie di controllo della gravidanza;
- test genetici prenatali non invasivi (come Harmony test, Prenatal Safe);
- accertamenti finalizzati a cure odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da *Infortunio*.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno *Scoperto /Franchigia*, fermi i limiti previsti.

Art. 2.4.3 Visite specialistiche / Trattamenti fisioterapici e rieducativi / Assistenza infermieristica domiciliare

La *Compagnia* rimborsa, fino a concorrenza del *Massimale* di **euro 1.500** (millecinquecento) per *Assicurato* e per *anno assicurativo*, le spese per:

- onorari medici per *Visite Specialistiche*, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da *Infortunio*. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative e le visite specialistiche effettuate da medici specializzati in Medicina Generale;
- *Trattamenti fisioterapici e rieducativi*;
- *Assistenza Infermieristica* domiciliare (prescritta da medico curante o da medico specialista) fino a concorrenza del limite massimo di **euro 50** (cinquanta) al giorno e fermo il *massimale* sopra indicato;

effettuate dopo la *Data di Decorrenza* della *Polizza* e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio* avvenuto in corso di contratto, fermi i *Termini di carenza* di cui all'art. 2.12.1.

Con riferimento al rimborso delle spese per "Visite specialistiche" e per "Trattamenti fisioterapici e rieducativi", l'*assicurazione* è prestata con applicazione dello *scoperto* del **15%** per *evento* in caso di utilizzo, da parte dell'*Assicurato*, di *Strutture convenzionate (a pagamento diretto)*, *scoperto* che viene elevato al **25%** in caso di utilizzo di *Strutture non convenzionate (a rimborso)*.

Sono inoltre comprese, entro il limite del sub-massimale di **euro 400**, le spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive (escluse le "usa e getta" e lenti estetiche) a seguito di variazione del visus da parte dell'*Assicurato* certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto correttive dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'*anno assicurativo*. Per lenti e occhiali e per lenti a contatto correttive la garanzia è prestata con l'applicazione di uno *scoperto* pari al **15%** della spesa stessa. Sono escluse dalla garanzia (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa) le spese relative a liquidi per la pulizia e simili.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno *Scoperto /Franchigia*, fermi i limiti previsti.

Art. 2.4.4 Check-up (Prevenzione)

La *garanzia* è prevista solo per *Assicurati* di età pari o superiore a 30 anni.

Il pacchetto prevenzione è stato previsto al fine di monitorare le proprie condizioni di salute e potrà essere effettuato:

- in un'unica soluzione
- una volta all'*anno* presso *Strutture Convenzionate*;
- con applicazione di uno *Scoperto* del **15%** (quindici per cento) a carico dell'*Assicurato*.

L'importo relativo allo *scoperto* di cui sopra deve essere corrisposto alla *Struttura convenzionata* al momento dell'accettazione presso quest'ultima.

Per poter effettuare il check-up, l'*Assicurato* dovrà contattare la *Centrale operativa* di MyAssistance che prenoterà direttamente la prestazione presso la struttura sanitaria prescelta. L'*Assicurato* riceverà quindi conferma dell'avvenuta presa in carico diretta (*Pagamento diretto*) del check-up.

Donna		Uomo	
Esami di laboratorio			
- Azotemia	- Cloremia	- Colesterolo totale (LDL e HDL)	- Creatinemia
- Sodiemia	- Potassiemia	- Gamma GT	- Glicemia
- Emocromo con formula		- T3 - T4 - TSH	- Transaminasi
- PCR		- Uricemia	- Esami urine completo
- Trigliceridi			
Pap test		ECG (Elettrocardiogramma)	
Ecografia Mammaria / Mammografia (quest'ultima per Assicurate con età superiore a 40 anni)		PSA (per Assicurati con età superiore a 40 anni)	
Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG		Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG	
Ecografia addominale inferiore		Ecografia addominale inferiore	



Art.2.5 PIANO FULL RIMBORSO SPESE MEDICHE**Art. 2.5.1 Rimborso spese mediche**

L'Assicurazione prevede il *rimborso*, fino a concorrenza dei *Massimali* e con i limiti indicati nell'opzione assicurativa prescelta (Easy o Top), come da schede riassuntive riportate all'art. 2.5.5), delle spese sanitarie effettuate dopo la *Data di Decorrenza* della *Polizza* e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio* avvenuto in corso di contratto, fermi i *Termini di Carenza* di cui all'art. 2.12.1.

È compreso il parto e l'*Aborto terapeutico*.

Fermi i limiti previsti dall'opzione prescelta, in caso di *Ricovero* iniziato durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa e terminato oltre il periodo di validità della stessa, la *Compagnia* riconosce le spese:

- fino alla data di dimissione dall'*Istituto di cura*;
- per prestazioni effettuate nel periodo POST *Ricovero* (90 giorni per l'opzione Easy, 120 giorni per l'opzione Top), purché le stesse siano inerenti al *Ricovero* stesso.

Le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni fatturate successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a *Malattie* diagnosticate o *Infortuni* accorsi durante la validità della *Polizza*, non sono riconosciute.

Qualora l'*Assicurato* venga ricoverato in una *Struttura Convenzionata*, la *Compagnia* paga direttamente le spese dovute per le prestazioni mediche ricevute che siano garantite a termini di *Polizza* entro i *Massimali* assicurati. L'*Assicurato*, invece, dovrà provvedere direttamente al pagamento delle spese a suo carico per le prestazioni ricevute che non siano garantite a termini di *Polizza*.

Di seguito le spese mediche comprese dalla presente garanzia:

A. Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital / Day Surgery ed Intervento Chirurgico Ambulatoriale

L'*assicurazione* opera entro il limite massimo, applicato per persona e per *anno assicurativo*, individuato in base all'opzione assicurativa prescelta:

- opzione Easy – euro **100.000** (centomila),
- opzione Top – euro **500.000** (cinquecentomila).

SPESE PRE

La *Compagnia* rimborsa le spese sostenute per *Visite Specialistiche*, *Accertamenti diagnostici* e analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché effettuate e fatturate nei giorni precedenti l'inizio del *Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale* e inerenti allo stesso.

Si intendono coperte le spese effettuate:

- opzione Easy: nei 90 (novanta) giorni,
- opzione Top: nei 120 (centoventi) giorni,

precedenti l'inizio del *Ricovero*, il *Day Hospital / Day Surgery* o l'*Intervento Chirurgico Ambulatoriale*.

SPESE DURANTE

La *Compagnia* rimborsa le spese sostenute per *Accertamenti diagnostici* ed analisi di laboratorio, assistenza medica, *Assistenza Infermieristica* ed ostetrica, terapie, *Trattamenti fisioterapici e rieducativi*, medicinali, onerari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, *rette di degenza* (non sono comprese le spese voluttuarie).

Per l'*Intervento Chirurgico Ambulatoriale* le spese per la *retta di degenza* sono escluse.

Le *rette di degenza*, in caso di *ricovero* in *Strutture non convenzionate*, sono rimborsate fino ad un massimo di **euro 350** (trecentocinquanta) al giorno, indipendentemente dall'opzione (Easy o Top) prescelta.

SPESE POST

La *Compagnia* rimborsa le spese sostenute per *Visite Specialistiche*, *Accertamenti diagnostici* ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, *Trattamenti fisioterapici e rieducativi*, le cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'*intervento chirurgico* (escluse le spese alberghiere); purché effettuate nei giorni successivi il termine del *Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale* e inerenti lo stesso.

Si intendono coperte le spese effettuate

- opzione Easy: nei 90 (novanta) giorni,
- opzione Top: nei 120 (centoventi) giorni,

successivi il termine del *Ricovero*, il *Day Hospital / Day Surgery* o l'*Intervento Chirurgico Ambulatoriale*.



In caso di utilizzo delle *Strutture convenzionate (a Pagamento diretto)*, per tutte le spese:

- opzione Easy – è prevista l'applicazione di:
 - una *franchigia*, per evento, di euro 500 (cinquecento) a carico dell'Assicurato per il *Ricovero con o senza intervento chirurgico*;
 - uno *scoperto*, per evento, pari al 10% (dieci per cento) a carico dell'Assicurato per *Day Hospital /Day Surgery* o dell'*Intervento Chirurgico Ambulatoriale*;
- opzione Top – non è prevista l'applicazione di alcuno *Scoperto/Franchigia (rimborso al 100%)*.

In caso di utilizzo di *Strutture non convenzionate (a rimborso)* è prevista l'applicazione di uno *scoperto*, per evento, pari al 20% (venti per cento) delle spese conseguenti al *Ricovero, Day Hospital/Day Surgery* o all'*Intervento Chirurgico Ambulatoriale*. Tale *scoperto* si applica sia per l'opzione assicurativa Easy che per l'opzione Top.

In caso di utilizzo del *Regime misto*, viene applicato:

- per la parte diretta (Istituto di Cura) quanto normato precedentemente per le *Strutture convenzionate (Pagamento diretto)*;
- per la parte a rimborso (medici/Equipe non convenzionate) quanto normato precedentemente per le *Strutture non Convenzionate (a rimborso)*

La liquidazione delle spese PRE e POST segue il regime dell'evento principale (*Ricovero, Day Hospital/Day Surgery etc.*): *franchigia* di euro 500 o *scoperto* del 10% (opzione Easy) oppure *rimborso* al 100% (opzione Top) se utilizzate le *Strutture convenzionate* o applicazione dello *scoperto* del 20% se utilizzate le *Strutture non convenzionate*. In caso di *Regime misto* la liquidazione delle spese PRE e POST segue quanto applicato per la *Struttura convenzionata*.

Indipendentemente dal regime dell'evento principale, se le prestazioni PRE e POST sono effettuate in regime S.S.N. viene *rimborso* il 100% del ticket sanitario.



Cosa succede se si utilizza una Struttura sanitaria non convenzionata (a rimborso) invece di una convenzionata (a pagamento diretto) se si ha scelto l'opzione Top?

Utilizzando le Strutture convenzionate l'Assicurato non deve anticipare alcuna spesa, perché è direttamente la Compagnia che le sostiene (salvo eventuali somme eccedenti i massimali o altre spese non coperte dal presente contratto e non autorizzate); inoltre, non è applicato alcuno scoperto o franchigia. Utilizzando le Strutture non convenzionate, l'Assicurato paga le spese sanitarie e richiede a cura ultimata il Rimborso alla Compagnia. Dal Rimborso viene sottratto lo Scoperto del 20%; per facilitare la comprensione riportiamo il seguente esempio:

spese sostenute = € 10.000; Scoperto = € 2.000 (20% di 10.000); Indennizzo = € 8.000

B. Parto Fisiologico, Parto Cesareo / Aborto Terapeutico

Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto A.

Le spese sono rimborsate entro il limite del sub-massimale, operante per persona e *anno assicurativo*, individuato in base all'opzione assicurativa prescelta, e senza applicazione di *Scoperti/Franchigie*.

Tipo intervento	Opzione Easy	Opzione Top
Parto fisiologico	€ 2.000	€ 4.000
Parto cesareo / Aborto terapeutico	€ 4.000	€ 6.000

Nel sub-massimale sono ricomprese anche le spese per la *retta di degenza* dalla madre e per il nido.

C. Chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi

In caso di:

- anisometropia superiore a 4 diottrie
oppure
 - difetto visivo (come miopia, astigmatismo, ipermetropia) per occhio pari o superiore a 5 diottrie
- vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto A.

Le spese sono rimborsate entro il limite del sub-massimale, operante per persona e *anno assicurativo*, di:

- opzione Easy – euro 1.000 (mille) per occhio,
 - opzione Top – euro 1.500 (millecinquecento) per occhio,
- e senza applicazione di *Scoperti/Franchigie*.

Nel sub-massimale sono ricomprese anche le eventuali spese sostenute per la *retta di degenza*.



D. Neonato

Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto A. per il neonato, con applicazione degli *Scoperti/Franchigie* eventualmente previsti in funzione dell'utilizzo delle *Strutture convenzionate (a Pagamento diretto)* o delle *Strutture non convenzionate (a rimborso)*.

Per l'operatività della presente garanzia si rimanda all'art. 1.10 "Inclusione del neonato in corso d'anno".

E. Indennità Sostitutiva

Con riferimento al solo *Ricovero* con o senza *Intervento chirurgico* (per giorno di *Ricovero* si intende con pernottamento), compreso il parto e l'*Aborto Terapeutico*, qualora le prestazioni siano a totale carico del S.S.N., la *Compagnia* corrisponde all'*Assicurato* un'*Indennità sostitutiva*.

Tale indennità viene riconosciuta anche in caso di *Day Hospital / Day Surgery*.

L'*Indennità sostitutiva* non è riconosciuta per:

- *Intervento Chirurgico Ambulatoriale*;
- chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi;
- permanenza nei locali del Pronto Soccorso / astanteria, qualora ad essa non consegua il *Ricovero* nella medesima struttura sanitaria.

L'*Indennità sostitutiva* viene riconosciuta, per un massimo di 100 (cento) giorni, in misura pari a:

- opzione Easy – euro 150 (centocinquanta) al giorno,
- opzione Top – euro 250 (duecentocinquanta) al giorno;

nel caso di *Day Hospital / Day Surgery* detti importi vengono riconosciuti al 50% (cinquanta per cento).

Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del S.S.N., l'*Assicurato* potrà scegliere tra l'*indennità sostitutiva* o il *Rimborso* delle spese rimaste a suo carico.

Sono inoltre riconosciute le SPESE PRE e POST come descritte al precedente punto A. senza applicazione di *Scoperti/Franchigie*.

F. Accompagnatore

Vengono rimborsate le spese relative al vitto e pernottamento dell'accompagnatore in *Istituto di Cura* o struttura alberghiera (ove non sussista la disponibilità in *Istituto di Cura*), per un massimo di giorni 50 (cinquanta), in misura pari a:

- opzione Easy – euro 50 (cinquanta) al giorno,
- opzione Top – euro 100 (cento) al giorno,

senza applicazione di *Scoperti/Franchigie*.

Tali spese non sono riconosciute per:

- *Intervento Chirurgico Ambulatoriale*;
- chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi.

G. Trasporto dell'Assicurato

Vengono rimborsate le spese, nel limite massimo di **euro 3.000** (tremila) a prescindere dall'opzione assicurativa (Easy o Top) prescelta e senza applicazione di *Scoperti/Franchigie*, relative al trasporto dell'*Assicurato* all'*Istituto di Cura*, di trasferimento da un *Istituto di Cura* ad un altro ed a quello di rientro alla propria abitazione, con mezzi sanitariamente attrezzati.

La garanzia è operante sia in *Italia* che all'*Estero*.

H. Rimpatrio della salma

Vengono rimborsate le spese per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in *Italia*, in caso di morte dell'*Assicurato* all'*Estero* a seguito di *Malattia* o *Infortunio*, nel limite massimo di **euro 3.000** (tremila) a prescindere dall'opzione assicurativa (Easy o Top) e senza applicazione di *Scoperti/Franchigie*.

Sono escluse le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

I. Ticket S.S.N. ospedaliera

Vengono rimborsate, senza applicazione di alcuno *Scoperto/Franchigia*, le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata nell'opzione assicurativa prescelta (Easy o Top), fermi i limiti previsti.

Le ricevute di spesa relative ai ticket dovranno avere l'indicazione che si tratta di prestazioni in compartecipazione al Servizio Sanitario Nazionale o la dicitura ticket. In assenza di identificativo che trattasi di ticket, il *rimborso*, se dovuto, sarà calcolato applicando gli *Scoperti* e le *Franchigie* previsti a termini di *Polizza*.



Art. 2.5.2 Indennità a seguito di ricovero in terapia intensiva

La *Compagnia* riconosce all'Assicurato un'indennità forfettaria di **euro 2.000** (duemila) per persona e per *anno assicurativo*, a seguito di un *Ricovero in terapia intensiva* (esclusa la terapia sub-intensiva) conseguente a Malattia infettiva definita dall'OMS come emergenza sanitaria di interesse internazionale (*PHEIC*). L'ammissione alla *terapia intensiva* deve avvenire in conseguenza della Malattia infettiva definita dall'OMS come Emergenza Sanitaria di interesse Internazionale (*PHEIC*) e la data di ammissione deve essere successiva o uguale alla data di dichiarazione da parte dell'OMS di *PHEIC* e durante il periodo di validità della *Polizza*. Fermi i *Termini di Carenza* di 30 (trenta) giorni calcolati a decorrere dalle ore 24.00 della *Data di Decorrenza*.

Art. 2.5.3 Accertamenti Diagnostici

La *Compagnia* rimborsa, fino a concorrenza del *Massimale* di euro 5.000 (cinquemila) per Assicurato e per *anno assicurativo*, le spese relative agli *Accertamenti Diagnostici* (compresa amniocentesi e villocentesi in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oggettivamente documentata da referti di esami strumentali oppure di gestante oltre i 35 anni di età) effettuati dopo la *Data di decorrenza* della *Polizza* e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio* avvenuto in corso di contratto, fermi i *Termini di carenza* di cui all'art. 2.12.1 "Termini di carenza".

L'assicurazione è prestata con applicazione dello scoperto del **15%** (quindici per cento) per evento in caso di utilizzo, da parte dell'Assicurato, di *Strutture convenzionate (a Pagamento diretto)*, scoperto che viene elevato al **25%** (venticinque per cento) in caso di utilizzo di *Strutture non convenzionate (a rimborso)*.

Sono escluse:

- ecografie di controllo della gravidanza e test di gravidanza;
- test genetici prenatali non invasivi (come Harmony test, Prenatal Safe);
- accertamenti finalizzati a cure odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da *Infortunio*.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno *Scoperto/ Franchigia*, fermi i limiti previsti.

Art. 2.5.4 Visite specialistiche / Trattamenti fisioterapici e rieducativi / Assistenza infermieristica domiciliare

La *Compagnia* rimborsa, fino a concorrenza del *Massimale* di **euro 1.500** (millecinquecento) per Assicurato e per *anno assicurativo*, le spese per:

- onorari medici per *Visite Specialistiche*, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da *Infortunio*. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative e le *Visite specialistiche* effettuate da medici specializzati in Medicina Generale;
- *Trattamenti fisioterapici e rieducativi*;
- *Assistenza Infermieristica* domiciliare (prescritta da medico curante o da medico specialista) fino a concorrenza del limite massimo di **euro 50** (cinquanta) al giorno e fermo il *massimale* sopra indicato;

effettuate dopo la *Data di Decorrenza* e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio* avvenuto in corso di contratto, fermi i *Termini di carenza* di cui all'art. 2.12.1 "Termini di Carenza".

Con riferimento al *rimborso* delle spese per "Visite specialistiche" e per "Trattamenti fisioterapici e rieducativi", l'assicurazione è prestata con applicazione dello scoperto del **15%** (quindici per cento) per evento in caso di utilizzo, da parte dell'Assicurato, di *Strutture convenzionate (a Pagamento diretto)*, scoperto che viene elevato al **25%** (venticinque per cento) in caso di utilizzo di *Strutture non convenzionate (a rimborso)*.

Sono inoltre comprese, entro il limite del sub-massimale di **euro 400** (quattrocento), le spese sostenute per l'acquisto di lenti ed occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive (escluse le "usa e getta" e lenti estetiche) a seguito di variazione del visus da parte dell'Assicurato certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto correttive dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'*anno assicurativo*.

Per lenti ed occhiali e per lenti a contatto correttive l'Assicurazione è prestata con l'applicazione di uno scoperto pari al 15% (quindici per cento) della spesa stessa.

Sono escluse dalla garanzia (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa) le spese relative a liquidi per la pulizia e simili.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno *Scoperto/ Franchigia*, fermi i limiti previsti.



Art. 2.5.5 Check-up (Prevenzione)

La garanzia è prevista solo per *Assicurati* di età pari o superiore a 30 anni.

Il pacchetto prevenzione è stato previsto al fine di monitorare le proprie condizioni di salute e potrà essere effettuato:

- in un'unica soluzione
- una volta all'anno presso *Strutture Convenzionate*;
- con applicazione di uno *Scoperto* del 15% (quindici per cento) a carico dell'*Assicurato*.

L'importo relativo allo *scoperto* di cui sopra deve essere corrisposto alla *Struttura convenzionata* al momento dell'accettazione presso quest'ultima.

Per poter effettuare il check-up, l'*Assicurato* dovrà contattare la *Centrale operativa* di MyAssistance che prenoterà direttamente la prestazione presso la struttura sanitaria prescelta. L'*Assicurato* riceverà quindi conferma dell'avvenuta presa in carico diretta (*Pagamento diretto*) del check-up.

Donna	Uomo
Esami di laboratorio	Esami di laboratorio
- Azotemia	- Azotemia
- Cloremia Sodiemia Potassiemia	- Cloremia Sodiemia Potassiemia
- Colesterolo totale (LDL e HDL)	- Colesterolo totale (LDL e HDL)
- Creatinemia	- Creatinemia
- Emocromo con formula	- Emocromo con formula
- Gamma GT	- Gamma GT
- Glicemia	- Glicemia
- PCR	- PCR
- T3 - T4 - TSH	- T3 - T4 - TSH
- Transaminasi	- Transaminasi
- Trigliceridi	- Trigliceridi
- Uricemia	- Uricemia
- Esami urine completo	- Esami urine completo
Pap test	ECG (Elettrocardiogramma)
Ecografia Mammaria / Mammografia (quest'ultima per Assicurate con età superiore a 40 anni)	PSA (per Assicurati con età superiore a 40 anni)
Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG	Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG
Ecografia addominale inferiore	Ecografia addominale inferiore



Art. 2.5.5 Tabella riepilogativa Limiti d'indennizzo, Scoperti e Franchigie

Rimborso spese mediche		
	Opzione Easy	Opzione Top
<i>Massimale per persona e per anno per:</i> - Ricovero con/senza intervento chirurgico - Day Hospital/Day Surgery - Intervento Chirurgico Ambulatoriale	€ 100.000	€ 500.000
Applicazione scoperti e franchigie con utilizzo di strutture convenzionate (a Pagamento diretto): - Ricovero con/senza intervento chirurgico - Day Hospital/Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulat.	Franchigia € 500 Scoperto 10%	Rimborso al 100% Rimborso al 100%
Applicazione scoperti e franchigie con utilizzo di Strutture non convenzionate (a rimborso): - Ricovero con/senza intervento chirurgico - Day Hospital/Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulat. Applicazione scoperti con utilizzo di Strutture convenzionate (a rimborso) e medici/Equipe medica non convenzionata (Regime misto): - Ricovero con/senza intervento chirurgico - Day Hospital/Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulat.	Scoperto 20% vedere parte Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) e Strutture non convenzionate (a rimborso)	Scoperto 20% vedere parte Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) e Strutture non convenzionate (a rimborso)
Sotto-massimali / limiti		
Spese PRE e POST ricovero	90 giorni pre/90 giorni post	120 giorni pre/120 giorni post
Parto fisiologico (inclusa retta di degenza nel submassimale)	€ 2.000 (senza scoperti / franchigie)	€ 4.000 (senza scoperti / franchigie)
Parto cesareo / Aborto terapeutico (inclusa la retta di degenza nel submassimale)	€ 4.000 (senza scoperti / franchigie)	€ 6.000 (senza scoperti / franchigie)
Chirurgia refrattiva (inclusa retta di degenza nel submassimale)	€ 1.000 per occhio (senza applicazione di scoperti/franchigie)	€ 1.500 per occhio (senza applicazione di scoperti/franchigie)
Rette di degenza (per le sole Strutture non convenzionate)	Fino a € 350 al giorno	Fino a € 350 al giorno
Indennità Sostitutiva	€ 150 al giorno per un massimo di 100 giorni € 75 al giorno per Day Hospital / Day Surgery	€ 250 al giorno per un massimo di 100 giorni € 125 al giorno per Day Hospital / Day Surgery
Spese PRE e POST ricovero Indennità sostitutiva	90 giorni pre / 90 giorni post	120 giorni pre/120 giorni post
Vitto e pernottamento dell'Accompagnatore	€ 50 al giorno per massimo di 50 giorni (senza applicazione di scoperti/franchigie)	€ 100 al giorno per massimo di 50 giorni (senza applicazione di scoperti/franchigie)
Trasporto dell'Assicurato	€ 3.000 (senza applicazione di scoperti / franchigie)	€ 3.000 (senza applicazione di scoperti / franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 3.000 (senza applicazione di scoperti / franchigie)	€ 3.000 (senza applicazione di scoperti / franchigie)
Ticket S.S.N.	Rimborso al 100%	Rimborso al 100%
Accertamenti diagnostici		
Massimale per persona e per anno	€ 5.000	
Utilizzo di Strutture convenzionate (con pagamento diretto)	Scoperto 15%	
Utilizzo di Strutture non convenzionate (a rimborso)	Scoperto 25%	
Ticket S.S.N.	Rimborso al 100%	
Visite specialistiche – Trattamenti fisioterapici – Assistenza infermieristica		
Massimale per persona e per anno	€ 1.500	
Utilizzo di Strutture convenzionate (con pagamento diretto)	Scoperto 15%	
Utilizzo di Strutture non convenzionate (a rimborso)	Scoperto 25%	
Ticket SSN	Rimborso al 100%	
Assistenza infermieristica domiciliare	€ 50 al giorno (senza scoperti / franchigie)	
Lenti e occhiali	Sotto-massimale € 400 con applicazione di uno scoperto 15%	
Check-up Livello 2 (vedi allegato 1)		
Per gli Assicurati a partire dai 30 anni compiuti, il Check-up è effettuabile solo in Strutture convenzionate (con forma a pagamento diretto) con cadenza annuale e in unica soluzione. Applicato scoperto del 15%.		



Art.2.6 PIANO FULL RIMBORSO SPESE MEDICHE E INDENNITÀ GIORNALIERA**Art. 2.6.1 Indennità giornaliera**

La *Compagnia* riconosce all'*Assicurato*, in caso di *Ricovero* con o senza *Intervento chirurgico*, compreso il parto e l'*Aborto Terapeutico* un'Indennità giornaliera, per un massimo di 200 (duecento) giorni per persona e per *anno assicurativo*, di importo variabile a seconda dell'opzione assicurativa prescelta e indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute:

- opzione Easy – euro 100 (cento) al giorno,
- opzione Top – euro 200 (duecento) al giorno;

ai fini del calcolo di giorni in caso di *Ricovero*, il primo e ultimo giorno sono considerati come unico giorno.

Nel caso di *Day Hospital / Day Surgery* detti importi vengono riconosciuti al 50% (cinquanta per cento), per un massimo di 50 (cinquanta) giorni per *anno*.

L'indennità viene riconosciuta se il *ricovero* avviene dopo la *Data di Decorrenza* della *Polizza* e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da *Malattia* o *Infortunio* avvenuto in corso di contratto, fermi i *Termini di Carenza* di cui all'art. 2.12.1 "Termini di carenza".

Le prestazioni ospedaliere devono essere erogate da:

- *Istituto di Cura* privato o pubblico;
- *Istituto di Cura* privato in regime di convenzione con il S.S.N.

L'Indennità giornaliera per *Ricovero* con o senza *Intervento chirurgico*, *Day Hospital* o *Day Surgery* è cumulabile con l'*Indennità sostitutiva* prevista dalla garanzia "Rimborso spese mediche" (art. 2.6.2, lett. E) in caso di *Ricovero* con o senza *Intervento chirurgico*, *Day Hospital* o *Day Surgery* in regime S.S.N.

Art. 2.6.1 Rimborso spese mediche

L'*Assicurazione* prevede il *rimborso*, fino a concorrenza dei *Massimali* e con i limiti indicati nell'opzione assicurativa prescelta (Easy o Top), come da schede riassuntive riportate all'art. 2.5.5), delle spese sanitarie effettuate dopo la *Data di Decorrenza* della *Polizza* e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio* avvenuto in corso di contratto, fermi i *Termini di Carenza* di cui all'art. 2.12.1.

È compreso il parto e l'*Aborto terapeutico*.

Fermi i limiti previsti dall'opzione prescelta, in caso di *Ricovero* iniziato durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa e terminato oltre il periodo di validità della stessa, la *Compagnia* riconosce le spese:

- fino alla data di dimissione dall'*Istituto di cura*;
- per prestazioni effettuate nel periodo POST *Ricovero* (90 giorni per l'opzione Easy, 120 giorni per l'opzione Top), purché le stesse siano inerenti al *Ricovero* stesso.

Le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni fatturate successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a *Malattie* diagnosticate o *Infortunio* accorsi durante la validità della *Polizza*, non sono riconosciute.

Qualora l'*Assicurato* venga ricoverato in una *Struttura Convenzionata*, la *Compagnia* paga direttamente le spese dovute per le prestazioni mediche ricevute che siano garantite a termini di *Polizza* entro i *Massimali* assicurati. L'*Assicurato*, invece, dovrà provvedere direttamente al pagamento delle spese a suo carico per le prestazioni ricevute che non siano garantite a termini di *Polizza*.

Di seguito le spese mediche comprese dalla presente garanzia:

A. Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital / Day Surgery ed Intervento Chirurgico Ambulatoriale

L'*assicurazione* opera entro il limite massimo, applicato per persona e per *anno assicurativo*, individuato in base all'opzione assicurativa prescelta:

- opzione Easy – euro **100.000** (centomila),
- opzione Top – euro **500.000** (cinquecentomila).

SPESE PRE

La *Compagnia* rimborsa le spese sostenute per *Visite Specialistiche*, *Accertamenti diagnostici* ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché effettuate e fatturate nei giorni precedenti l'inizio del *Ricovero* con o senza *Intervento chirurgico*, *Day Hospital / Day Surgery* o *Intervento Chirurgico Ambulatoriale* e inerenti allo stesso.

Si intendono coperte le spese effettuate:

- opzione Easy: nei 90 (novanta) giorni,
- opzione Top: nei 120 (centoventi) giorni,

precedenti l'inizio del *Ricovero*, il *Day Hospital / Day Surgery* o l'*Intervento Chirurgico Ambulatoriale*.



SPESE DURANTE

La *Compagnia* rimborsa le spese sostenute per *Accertamenti diagnostici* ed analisi di laboratorio, assistenza medica, *Assistenza Infermieristica* ed ostetrica, terapie, *Trattamenti fisioterapici e rieducativi*, medicinali, onerari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, *rette di degenza* (non sono comprese le spese voluttuarie).

Per l'*Intervento Chirurgico Ambulatoriale* le spese per la *retta di degenza* sono escluse.

Le *rette di degenza*, in caso di ricovero in *Strutture non convenzionate*, sono rimborsate fino ad un massimo di **euro 350** (trecentocinquanta) al giorno, indipendentemente dall'opzione (Easy o Top) prescelta.

SPESE POST

La *Compagnia* rimborsa le spese sostenute per *Visite Specialistiche*, *Accertamenti diagnostici* ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, *Trattamenti fisioterapici e rieducativi*, le cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'*intervento chirurgico* (escluse le spese alberghiere); purché effettuate nei giorni successivi il termine del Ricovero con o senza *Intervento chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale* e inerenti lo stesso.

Si intendono coperte le spese effettuate

- opzione Easy: nei 90 (novanta) giorni,
- opzione Top: nei 120 (centoventi) giorni,

successivi il termine del Ricovero, il *Day Hospital / Day Surgery* o l'*Intervento Chirurgico Ambulatoriale*.

In caso di utilizzo delle *Strutture convenzionate (a Pagamento diretto)*, per tutte le spese:

- opzione Easy – è prevista l'applicazione di:
 - una *franchigia*, per evento, di euro 500 (cinquecento) a carico dell'Assicurato per il Ricovero con o senza *intervento chirurgico*;
 - uno *scoperto*, per evento, pari al 10% (dieci per cento) a carico dell'Assicurato per *Day Hospital / Day Surgery* o dell'*Intervento Chirurgico Ambulatoriale*;
- opzione Top – non è prevista l'applicazione di alcuno *Scoperto/Franchigia* (rimborso al 100%).

In caso di utilizzo di *Strutture non convenzionate (a rimborso)* è prevista l'applicazione di uno *scoperto*, per evento, pari al 20% (venti per cento) delle spese conseguenti al Ricovero, *Day Hospital/Day Surgery* o all'*Intervento Chirurgico Ambulatoriale*. Tale *scoperto* si applica sia per l'opzione assicurativa Easy che per l'opzione Top.

In caso di utilizzo del *Regime misto*, viene applicato:

- per la parte diretta (Istituto di Cura) quanto normato precedentemente per le *Strutture convenzionate (Pagamento diretto)*;
- per la parte a rimborso (medici/Equipe non convenzionati) quanto normato precedentemente per le *Strutture non Convenzionate (a rimborso)*

La liquidazione delle spese PRE e POST segue il regime dell'*evento* principale (Ricovero, *Day Hospital/Day Surgery* etc.): *franchigia* di euro 500 o *scoperto* del 10% (opzione Easy) oppure *rimborso* al 100% (opzione Top) se utilizzate le *Strutture convenzionate* o applicazione dello *scoperto* del 20% se utilizzate le *Strutture non convenzionate*.

In caso di *Regime misto* la liquidazione delle spese PRE e POST segue quanto applicato per la *Struttura convenzionata*.

Indipendentemente dal regime dell'*evento* principale, se le prestazioni PRE e POST sono effettuate in regime S.S.N. viene *rimborso* il 100% del ticket sanitario.



Cosa succede se si utilizza una Struttura sanitaria non convenzionata (a rimborso) invece di una convenzionata (a pagamento diretto) se si ha scelto l'opzione Top?

Utilizzando le Strutture convenzionate l'Assicurato non deve anticipare alcuna spesa, perché è direttamente la Compagnia che le sostiene (salvo eventuali somme eccedenti i massimali o altre spese non coperte dal presente contratto e non autorizzate); inoltre, non è applicato alcuno scoperto o franchigia. Utilizzando le Strutture non convenzionate, l'Assicurato paga le spese sanitarie e richiede a cura ultimata il Rimborso alla Compagnia. Dal Rimborso viene sottratto lo Scoperto del 20%; per facilitare la comprensione riportiamo il seguente esempio:

spese sostenute = € 10.000; Scoperto = € 2.000 (20% di 10.000); Indennizzo = € 8.000



B. Parto Fisiologico, Parto Cesareo / Aborto Terapeutico

Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto A.

Le spese sono rimborsate entro il limite del sub-massimale, operante per persona e *anno assicurativo*, individuato in base all'opzione assicurativa prescelta, e senza applicazione di *Scoperti/Franchigie*.

Tipo intervento	Opzione Easy	Opzione Top
Parto fisiologico	€ 2.000	€ 4.000
Parto cesareo / Aborto terapeutico	€ 4.000	€ 6.000

Nel sub-massimale sono ricomprese anche le spese per la *retta di degenza* dalla madre e per il nido.

C. Chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi

In caso di:

- anisometropia superiore a 4 diottrie oppure
 - difetto visivo (come miopia, astigmatismo, ipermetropia) per occhio pari o superiore a 5 diottrie
- vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto A.

Le spese sono rimborsate entro il limite del sub-massimale, operante per persona e *anno assicurativo*, di:

- opzione Easy – euro 1.000 (mille) per occhio,
- opzione Top – euro 1.500 (millecinquecento) per occhio,

e senza applicazione di *Scoperti/Franchigie*.

Nel sub-massimale sono ricomprese anche le eventuali spese sostenute per la *retta di degenza*.

D. Neonato

Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto A. per il neonato, con applicazione degli *Scoperti/Franchigie* eventualmente previsti in funzione dell'utilizzo delle *Strutture convenzionate (a Pagamento diretto)* o delle *Strutture non convenzionate (a rimborso)*.

Per l'operatività della presente garanzia si rimanda all'art. 1.10 "Inclusione del neonato in corso d'anno".

E. Indennità Sostitutiva

Con riferimento al solo *Ricovero* con o senza *Intervento chirurgico* (per giorno di *Ricovero* si intende con pernottamento), compreso il parto e l'*Aborto Terapeutico*, qualora le prestazioni siano a totale carico del S.S.N., la *Compagnia* corrisponde all'*Assicurato* un'*Indennità sostitutiva*.

Tale indennità viene riconosciuta anche in caso di *Day Hospital / Day Surgery*.

L'*Indennità sostitutiva* non è riconosciuta per:

- *Intervento Chirurgico Ambulatoriale*;
- chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi;
- permanenza nei locali del Pronto Soccorso / astanteria, qualora ad essa non consegua il *Ricovero* nella medesima struttura sanitaria.

L'*Indennità sostitutiva* viene riconosciuta, per un massimo di 100 (cento) giorni, in misura pari a:

- opzione Easy – euro 150 (centocinquanta) al giorno,
- opzione Top – euro 250 (duecentocinquanta) al giorno;

nel caso di *Day Hospital / Day Surgery* detti importi vengono riconosciuti al 50% (cinquanta per cento).

Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del S.S.N., l'*Assicurato* potrà scegliere tra l'*indennità sostitutiva* o il *Rimborso* delle spese rimaste a suo carico.

Sono inoltre riconosciute le SPESE PRE e POST come descritte al precedente punto A. senza applicazione di *Scoperti/Franchigie*.

F. Accompagnatore

Vengono rimborsate le spese relative al vitto e pernottamento dell'accompagnatore in *Istituto di Cura* o struttura alberghiera (ove non sussista la disponibilità in *Istituto di Cura*), per un massimo di giorni 50 (cinquanta), in misura pari a:

- opzione Easy – euro 50 (cinquanta) al giorno,
- opzione Top – euro 100 (cento) al giorno,

senza applicazione di *Scoperti/Franchigie*.

Tali spese non sono riconosciute per:

- *Intervento Chirurgico Ambulatoriale*;
- chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi.



G. Trasporto dell'Assicurato

Vengono rimborsate le spese, nel limite massimo di **euro 3.000** (tremila) a prescindere dall'opzione assicurativa (Easy o Top) prescelta e senza applicazione di *Scoperti/Franchigie*, relative al trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro ed a quello di rientro alla propria abitazione, con mezzi sanitariamente attrezzati.

La garanzia è operante sia in *Italia* che all'*Estero*.

H. Rimpatrio della salma

Vengono rimborsate le spese per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in *Italia*, in caso di morte dell'Assicurato all'*Estero* a seguito di *Malattia* o *Infortunio*, nel limite massimo di **euro 3.000** (tremila) a prescindere dall'opzione assicurativa (Easy o Top) e senza applicazione di *Scoperti/Franchigie*.

Sono escluse le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

I. Ticket S.S.N. ospedaliero

Vengono rimborsate, senza applicazione di alcuno *Scoperto/Franchigia*, le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata nell'opzione assicurativa prescelta (Easy o Top), fermi i limiti previsti.

Le ricevute di spesa relative ai ticket dovranno avere l'indicazione che si tratta di prestazioni in compartecipazione al Servizio Sanitario Nazionale o la dicitura ticket. In assenza di identificativo che trattasi di ticket, il rimborso, se dovuto, sarà calcolato applicando gli *Scoperti* e le *Franchigie* previsti a termini di *Polizza*.

Art. 2.6.2 Indennità a seguito di ricovero in terapia intensiva

La *Compagnia* riconosce all'Assicurato un'indennità forfettaria di **euro 2.000** (duemila) per persona e per *anno assicurativo*, a seguito di un *Ricovero in terapia intensiva* (esclusa la terapia sub-intensiva) conseguente a *Malattia infettiva* definita dall'*OMS* come emergenza sanitaria di interesse internazionale (*PHEIC*). L'ammissione alla *terapia intensiva* deve avvenire in conseguenza della *Malattia infettiva* definita dall'*OMS* come Emergenza Sanitaria di interesse Internazionale (*PHEIC*) e la data di ammissione deve essere successiva o uguale alla data di dichiarazione da parte dell'*OMS* di *PHEIC* e durante il periodo di validità della *Polizza*. Fermi i *Termini di Carenza* di 30 (trenta) giorni calcolati a decorrere dalle ore 24.00 della *Data di Decorrenza*.

Art. 2.6.3 Accertamenti Diagnostici

La *Compagnia* rimborsa, fino a concorrenza del *Massimale* di euro 5.000 (cinquemila) per *Assicurato* e per *anno assicurativo*, le spese relative agli *Accertamenti Diagnostici* (compresa amniocentesi e villocentesi in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oggettivamente documentata da referti di esami strumentali oppure di gestante oltre i 35 anni di età) effettuati dopo la *Data di decorrenza* della *Polizza* e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio* avvenuto in corso di contratto, fermi i *Termini di carenza* di cui all'art. 2.12.1 "Termini di carenza".

L'assicurazione è prestata con applicazione dello *scoperto* del **15%** (quindici per cento) per *evento* in caso di utilizzo, da parte dell'Assicurato, di *Strutture convenzionate (a Pagamento diretto)*, *scoperto* che viene elevato al **25%** (venticinque per cento) in caso di utilizzo di *Strutture non convenzionate (a rimborso)*.

Sono escluse:

- ecografie di controllo della gravidanza e test di gravidanza;
- test genetici prenatali non invasivi (come Harmony test, Prenatal Safe);
- accertamenti finalizzati a cure odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da *Infortunio*.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno *Scoperto/Franchigia*, fermi i limiti previsti.

Art. 2.6.4 Visite specialistiche / Trattamenti fisioterapici e rieducativi / Assistenza infermieristica domiciliare

La *Compagnia* rimborsa, fino a concorrenza del *Massimale* di **euro 1.500** (millecinquecento) per *Assicurato* e per *anno assicurativo*, le spese per:

- onorari medici per *Visite Specialistiche*, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da *Infortunio*. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative e le *Visite specialistiche* effettuate da medici specializzati in Medicina Generale;
- *Trattamenti fisioterapici e rieducativi*;
- *Assistenza Infermieristica* domiciliare (prescritta da medico curante o da medico specialista) fino a concorrenza del limite massimo di **euro 50** (cinquanta) al giorno e fermo il *massimale* sopra indicato; effettuate dopo la *Data di Decorrenza* e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio* avvenuto in corso di contratto, fermi i *Termini di carenza* di cui all'art. 2.12.1 "Termini di Carenza".



Con riferimento al *rimborso* delle spese per "Visite specialistiche" e per "Trattamenti fisioterapici e rieducativi;", l'*assicurazione* è prestata con applicazione dello *scoperto* del **15%** (quindici per cento) per *evento* in caso di utilizzo, da parte dell'*Assicurato*, di *Strutture convenzionate (a Pagamento diretto)*, *scoperto* che viene elevato al 25% (venticinque per cento) in caso di utilizzo di *Strutture non convenzionate (a rimborso)*.

Sono inoltre comprese, entro il limite del sub-massimale di **euro 400** (quattrocento), le spese sostenute per l'acquisto di lenti ed occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive (escluse le "usa e getta" e lenti estetiche) a seguito di variazione del visus da parte dell'*Assicurato* certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto correttive dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'*anno assicurativo*.

Per lenti ed occhiali e per lenti a contatto correttive l'*Assicurazione* è prestata con l'applicazione di uno *scoperto* pari al 15% (quindici per cento) della spesa stessa.

Sono escluse dalla garanzia (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa) le spese relative a liquidi per la pulizia e simili.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno *Scoperto/ Franchigia*, fermi i limiti previsti.

Art. 2.6.5 Check-up (Prevenzione)

La garanzia è prevista solo per *Assicurati* di età pari o superiore a 30 anni.

Il pacchetto prevenzione è stato previsto al fine di monitorare le proprie condizioni di salute e potrà essere effettuato:

- in un'unica soluzione
- una volta all'anno presso *Strutture Convenzionate*;
- con applicazione di uno *Scoperto* del 15% (quindici per cento) a carico dell'*Assicurato*.

L'importo relativo allo *scoperto* di cui sopra deve essere corrisposto alla *Struttura convenzionata* al momento dell'accettazione presso quest'ultima.

Per poter effettuare il check-up, l'*Assicurato* dovrà contattare la *Centrale operativa* di MyAssistance che prenoterà direttamente la prestazione presso la struttura sanitaria prescelta. L'*Assicurato* riceverà quindi conferma dell'avvenuta presa in carico diretta (*Pagamento diretto*) del check-up.

Donna	Uomo
Esami di laboratorio	Esami di laboratorio
- Azotemia	- Azotemia
- Cloremia Sodiemia Potassiemia	- Cloremia Sodiemia Potassiemia
- Colesterolo totale (LDL e HDL)	- Colesterolo totale (LDL e HDL)
- Creatinemia	- Creatinemia
- Emocromo con formula	- Emocromo con formula
- Gamma GT	- Gamma GT
- Glicemia	- Glicemia
- PCR	- PCR
- T3 - T4 - TSH	- T3 - T4 - TSH
- Transaminasi	- Transaminasi
- Trigliceridi	- Trigliceridi
- Uricemia	- Uricemia
- Esami urine completo	- Esami urine completo
Pap test	ECG (Elettrocardiogramma)
Ecografia Mammaria / Mammografia (quest'ultima per Assicurate con età superiore a 40 anni)	PSA (per Assicurati con età superiore a 40 anni)
Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG	Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG
Ecografia addominale inferiore	Ecografia addominale inferiore



Art. 2.6.6 Tabella riepilogativa Limiti d'indennizzo, Scoperti e Franchigie

Rimborso spese mediche		
	Opzione Easy	Opzione Top
<i>Massimale per persona e per anno per:</i> - Ricovero con/senza intervento chirurgico - Day Hospital/Day Surgery - Intervento Chirurgico Ambulatoriale	€ 100.000	€ 500.000
Applicazione scoperti e franchigie con utilizzo di strutture convenzionate (a Pagamento diretto): - Ricovero con/senza intervento chirurgico - Day Hospital/Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulat.	Franchigia € 500 Scoperto 10%	Rimborso al 100% Rimborso al 100%
Applicazione scoperti e franchigie con utilizzo di Strutture non convenzionate (a rimborso): - Ricovero con/senza intervento chirurgico - Day Hospital/Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulat. Applicazione scoperti con utilizzo di Strutture convenzionate (a rimborso) e medici/Equipe medica non convenzionata (Regime misto): - Ricovero con/senza intervento chirurgico - Day Hospital/Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulat.	Scoperto 20% vedere parte Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) e Strutture non convenzionate (a rimborso)	Scoperto 20% vedere parte Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) e Strutture non convenzionate (a rimborso)
Sotto-massimali / limiti		
Spese PRE e POST ricovero	90 giorni pre/90 giorni post	120 giorni pre/120 giorni post
Parto fisiologico (inclusa retta di degenza nel submassimale)	€ 2.000 (senza scoperti / franchigie)	€ 4.000 (senza scoperti / franchigie)
Parto cesareo / Aborto terapeutico (inclusa la retta di degenza nel submassimale)	€ 4.000 (senza scoperti / franchigie)	€ 6.000 (senza scoperti / franchigie)
Chirurgia refrattiva (inclusa retta di degenza nel submassimale)	€ 1.000 per occhio (senza applicazione di scoperti/franchigie)	€ 1.500 per occhio (senza applicazione di scoperti/franchigie)
Rette di degenza (per le sole Strutture non convenzionate)	Fino a € 350 al giorno	Fino a € 350 al giorno
Indennità Sostitutiva	€ 150 al giorno per un massimo di 100 giorni € 75 al giorno per Day Hospital / Day Surgery	€ 250 al giorno per un massimo di 100 giorni € 125 al giorno per Day Hospital / Day Surgery
Spese PRE e POST ricovero Indennità sostitutiva	90 giorni pre / 90 giorni post	120 giorni pre/120 giorni post
Vitto e pernottamento dell'Accompagnatore	€ 50 al giorno per massimo di 50 giorni (senza applicazione di scoperti/franchigie)	€ 100 al giorno per massimo di 50 giorni (senza applicazione di scoperti/franchigie)
Trasporto dell'Assicurato	€ 3.000 (senza applicazione di scoperti / franchigie)	€ 3.000 (senza applicazione di scoperti / franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 3.000 (senza applicazione di scoperti / franchigie)	€ 3.000 (senza applicazione di scoperti / franchigie)
Ticket S.S.N.	Rimborso al 100%	Rimborso al 100%
Accertamenti diagnostici		
Massimale per persona e per anno	€ 5.000	
Utilizzo di Strutture convenzionate (con pagamento diretto)	Scoperto 15%	
Utilizzo di Strutture non convenzionate (a rimborso)	Scoperto 25%	
Ticket S.S.N.	Rimborso al 100%	
Visite specialistiche – Trattamenti fisioterapici – Assistenza infermieristica		
Massimale per persona e per anno	€ 1.500	
Utilizzo di Strutture convenzionate (con pagamento diretto)	Scoperto 15%	
Utilizzo di Strutture non convenzionate (a rimborso)	Scoperto 25%	
Ticket SSN	Rimborso al 100%	
Assistenza infermieristica domiciliare	€ 50 al giorno (senza scoperti / franchigie)	
Lenti e occhiali	Sotto-massimale € 400 con applicazione di uno scoperto 15%	
Check-up Livello 2 (vedi allegato 1)		
Per gli Assicurati a partire dai 30 anni compiuti, il Check-up è effettuabile solo in Strutture convenzionate (con forma a pagamento diretto) con cadenza annuale e in unica soluzione. Applicato scoperto del 15%.		



Garanzie facoltative

Art.2.7 Short Term Care (Non Autosufficienza)

La *Compagnia* garantisce all'*Assicurato*, fermi i limiti previsti dalla *Polizza* ed i *Termini di carenza* di cui all'art. 2.12.2, l'*Indennizzo* di una somma forfettaria mensile quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza. È considerata non autosufficiente la persona che si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata e consolidata, di poter compiere 4 (quattro) o più delle 6 (sei) attività di vita quotidiana di seguito elencate senza l'assistenza di una terza persona:

1. **Lavarsi:** la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
2. **Vestirsi e Svestirsi:** la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed eventualmente anche arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
3. **Andare al bagno ed usarlo:** la capacità di mantenere un livello ordinariamente ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, etc.);
4. **Spostarsi:** la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e vice versa senza l'aiuto di una terza persona;
5. **Continenza:** la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mangiare ed evacuare in modo da mantenere un livello ordinariamente ragionevole di igiene personale;
6. **Alimentarsi:** la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

L'*Assicurato*, in caso di non autosufficienza e fintantoché persiste tale stato e non oltre il periodo massimo di tre anni complessivamente e cumulativamente, percepirà un *Indennizzo* forfettario mensile. Se alla scadenza dei tre anni l'*Assicurato* è ancora non autosufficiente, la garanzia cessa e non potrà più essere rinnovata.

Qualora l'*Assicurato* dovesse recuperare capacità psico-motorie e funzionali che lo rendono nuovamente autosufficiente, lo stesso dovrà darne comunicazione scritta a *MyAssistance S.r.l.* entro 30 (trenta) giorni; l'erogazione dell'*Indennizzo* verrà sospesa con effetto immediato per essere riattivata qualora l'*Assicurato* ritornasse non autosufficiente.

In caso di decesso dell'*Assicurato*, gli eredi sono tenuti entro 30 (trenta) giorni dall'evento a darne comunicazione a *MyAssistance S.r.l.*

Durante la durata del contratto sarà indennizzata, a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza riconosciuto all'*Assicurato*, un pagamento iniziale una tantum di euro 2.000 (duemila) seguito da un *Indennizzo* forfettario mensile di euro 500 (cinquecento) per un massimo di tre anni.

Il pagamento iniziale di euro 2.000 verrà corrisposto dopo che siano trascorsi 90 giorni (periodo di sopravvivenza) a partire dalla data di denuncia a *MyAssistance S.r.l.* dello stato di non autosufficienza permanente e non potrà essere riconosciuto per più di una volta in corso di contratto o durante la vita dell'*Assicurato*.

L'*Indennizzo* forfettario mensile verrà corrisposto, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni (periodo di sopravvivenza) a partire dalla data di denuncia alla *Compagnia* dello stato di non autosufficienza permanente. Una volta accertato lo stato di non autosufficienza trascorso il periodo di sopravvivenza, l'*indennizzo* verrà riconosciuto includendo anche tutte le rate relative a tale periodo.

Condizioni di pagamento delle prestazioni

L'*Indennizzo* forfettario sarà corrisposto con cadenza mensile anticipata per tutto il periodo in cui perdurerà lo stato di non autosufficienza e per un periodo massimo complessivo e cumulativo di tre anni e comunque non oltre il decesso dell'*Assicurato*.

Nel caso in cui nel triennio di corresponsione dell'*indennizzo* forfettario mensile l'*Assicurato* recuperi l'autosufficienza per ritornare, in un momento successivo, nuovamente non autosufficiente la *Compagnia* riconoscerà detto *indennizzo* forfettario per il periodo rimanente alla scadenza dei tre anni.

In caso di recupero dell'autosufficienza o in caso di decesso dell'*Assicurato*, la *Compagnia* sospenderà con effetto immediato l'erogazione degli *indennizzi* mensili e avrà diritto alla restituzione delle rate erogate in data successiva al verificarsi di tali eventi.

Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

La *Compagnia* si riserva la facoltà, ove lo ritenga opportuno, di eseguire periodicamente controlli sanitari sullo stato di salute dell'*Assicurato* attraverso medici di propria fiducia e a proprie spese, richiedendo a tal proposito la documentazione che riterrà più idonea alla valutazione dello stato di non autosufficienza dell'*Assicurato* e del certificato di esistenza in vita dell'*Assicurato* datato non oltre i 30 giorni dalla data di spedizione alla *Compagnia*, nonché di chiedere all'*Assicurato* di sottoporsi ad accertamenti volti a verificare l'effettivo permanere dello stato di non autosufficienza. Qualora l'accertamento evidenziasse il recupero dello stato di autosufficienza, la *Compagnia* comunicherà all'*Assicurato* la sospensione del pagamento degli *indennizzi*.



Pagamento del premio

Con riferimento all'Assicurato cui viene accertato lo stato di non autosufficienza, per tutto il tempo in cui persiste tale stato, il *Contraente* è esonerato dal pagamento del *premio* relativo alla presente garanzia dalla annualità successiva rispetto a quella di denuncia del *sinistro*.

Qualora, dopo essere stato accertato non autosufficiente, l'Assicurato dovesse recuperare capacità psicomotorie e funzionali che lo rendono nuovamente autosufficiente (prima della scadenza dei tre *anni*), il *Contraente* è tenuto al pagamento del *premio* per la predetta garanzia.

Art.2.8 Dental**Art. 2.8.1 Rimborso spese odontoiatriche**

A seconda dell'opzione assicurativa prescelta (Easy o Top):

- opzione Easy - Prevenzione + Cure di 1° Livello;
- opzione Top - Prevenzione + Cure di 1° e 2° Livello

ed entro i limiti e i vincoli indicati nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" riportata all'art. 2.8.2, validi per persona e per *anno assicurativo*, la *Compagnia* riconosce le spese odontoiatriche effettuate dopo la *Data di decorrenza* della *Polizza* e durante il periodo di validità della stessa, fermi i *Termini di Carenza* di cui all'art. 2.12.3 "Termini di carenza", rese necessarie da *Malattia o Infortunio* avvenuto in corso di contratto (resta inteso che la prevenzione odontoiatrica non è resa necessaria da *Malattia o Infortunio*).

Le cure odontoiatriche sono così suddivise:

- **Visita e Prevenzione**

La *Compagnia* provvede al pagamento delle spese relative le prestazioni di prevenzione dentaria che dovranno essere effettuate in un'unica soluzione e nei limiti indicati nella tabella riportata all'art. 2.8.2 "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate".

- **Cure dentarie**

La *Compagnia* provvede al pagamento delle spese relative alle cure dentarie di 1° Livello (opzione Easy) o di 1° e 2° Livello (opzione Top). Si precisa che alcune prestazioni devono essere comprovate da RX o altre certificazioni come indicato alla voce "*Vincoli tecnici*".

La *Compagnia* garantisce all'Assicurato le prestazioni di "Visita e Prevenzione" nonché le Cure di 1° e 2° Livello sia presso *Strutture convenzionate (a Pagamento diretto)* sia presso *Strutture non convenzionate (a rimborso)*.

Le prestazioni usufruite presso le *Strutture Convenzionate* attivando il *Pagamento diretto* sono gratuite per l'Assicurato, la spesa rimane a totale carico della *Compagnia*.

Nel caso in cui l'Assicurato opti per le *Strutture non convenzionate (a rimborso)*, l'importo massimo riconosciuto dalla *Compagnia* non potrà essere superiore all'importo presente nella colonna "*Tariffa*" della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate".

Nel caso di utilizzo del *S.S.N.* è previsto il *rimborso* al 100% del ticket, fermo i limiti indicati nella colonna "*Tariffa*" delle tabelle "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" riportata all'art. 2.8.2.

Art. 2.8.2 Prestazioni Odontoiatriche Assicurate

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Visita e prevenzione				
MA00	Esame Clinico Visita Odontoiatrica specialistica	sempre gratuita ¹	1 ogni 12 mesi in una unica soluzione	
MA09	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale + una lezione per il mantenimento della igiene orale	€ 55,00		
MA12	Applicazione topica fluoro o lucidatura (per elemento)	€ 20,00		

¹ non prevista in caso di Strutture non Convenzionate - a rimborso



Codice	Tipo di prestazione	TARIFFA	limiti temporali alle prestazioni	Vincoli Tecnici
Cure di 1° livello				
MA00	Esame Clinico Visita Odontoiatrica specialistica	sempre gratuita		
MA01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	€ 22,00		Se necessaria per prestazioni coperte
MA02	Radiografia: Endorale per due elementi vicini	€ 22,00	2 ogni 12 mesi	Se NON già comprese nella prestazione
MA03	Radiografia: Per ogni radiogramma endorale aggiuntiva	€ 17,00		
MA13	Otturazione per carie semplice / Cavità di I e V Classe di Black	€ 40,00	2 ogni 12 mesi	
MA14	Otturazione per carie profonde /Cavità di II Classe Black due pareti	€ 70,00		
MA15	Otturazione per carie profonde / Cavità di III Classe	€ 70,00		
MA16	Otturazione per carie profonde - Cavità di IV Classe	€ 85,00		
MA17	Otturazione per carie complesse / Cavità di II Classe Black tre pareti	€ 85,00		
MA31	Estrazione semplice di dente o radice	€ 30,00	2 ogni 2 mesi	
MA32	Estrazione complicata di dente o radice	€ 45,00	1 ogni 2 mesi	Comprovata da RX
MA33	Estrazione in inclusione ossea parziale	€ 85,00		
MA34	Estrazione in inclusione ossea totale	€ 151,00		
MA54	Devitalizzazione Monocanalare: Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per un canale	€ 70,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
MA55	Devitalizzazione Bicanalare : Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per due canali	€ 110,00	1 ogni 12 mesi	
MA56	Devitalizzazione Tricanalare : Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per tre canali	€ 160,00	1 ogni 12 mesi	
MA57	Devitalizzazioni: Medicazioni canalari e sedute per apacificazione	€ 35,00		Se necessaria per prestazioni coperte in polizza
MA95	Riparazione di fratture nella parte acrilica - cura stomatiti	€ 40,00	1 ogni 12 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio

¹ non prevista in caso di Strutture non Convenzionate

Codice	Tipo di prestazione	TARIFFA	limiti temporali alle prestazioni	Vincoli Tecnici
Cure di 2° livello				
MA00	Esame Clinico Visita Odontoiatrica specialistica	sempre gratuita ¹		
MA103	Ortopantomografia (2 arcate)	€ 45,00	2 ogni 12 mesi	
MA36	Apicectomia con lembo	€ 160,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
MA37	Rizotomia	€ 110,00	2 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
MA39	Modificazione profonda frenuli / frenulectomia	€ 140,00	3 ogni 12 mesi	Comprovata da RX o foto digitale endorale
MA41	Asportazione epulidi con resezione bordo con lembo	€ 185,00		
MA35	Scappucciamento osteomucoso dente incluso	€ 50,00		
MA44	Preparazione arcate pre-protesi: Livellamento creste alveolari	€ 105,00		
MA47	Asportazioni cisti mascellari	€ 400,00		
MA28	Moleggio selettivo comprensivo di modelli e studio articolare completo	€ 280,00	1 sola volta	
MA30	Apparecchio in resina semovibile / placca svincolo	€ 275,00	1 ogni 24 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio

¹ non prevista in caso di Strutture non Convenzionate



Ci sono esclusioni e limiti di copertura

Art.2.9 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

Non sono, altresì, assicurabili le persone non stabilmente residenti nel territorio della Repubblica Italiana.

Al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato [► art. 1898 del Codice civile], senza obbligo della Compagnia di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Per la sola garanzia facoltativa "Short Term Care (Non Autosufficienza)", non sono altresì assicurabili le persone che rientrano in una delle seguenti condizioni:

1. avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere una o più delle attività della vita quotidiana come normato all'articolo 2.7 "Short Term Care (Non autosufficienza)";
2. aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità o inabilità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 20% (venti per cento);
3. essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi multipla, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto all'art. 1.13 delle "Norme comuni".

Art.2.10 ESCLUSIONI ASSICURAZIONE SANITARIA

Art. 2.10.1 Esclusioni valide per le garanzie "Indennità giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche", "Accertamenti Diagnostici", "Visite specialistiche" e "Short Term Care (Non autosufficienza)"

L'Assicurazione non è operante per:

1. le *Patologie preesistenti*, fatta eccezione della garanzia Lenti e Occhiali di cui agli artt. 2.3.3, 2.4.3, 2.5.4 e 2.6.5 per la quale non si applica l'esclusione, come normate all'art. 2.11 "Patologie preesistenti";
2. le spese per amniocentesi o villocentesi in assenza di rischio procreativo (es. gestante sotto i 35 anni di età, diagnosi genitore malattie genetiche o familiarità), oppure rischio fetale (*malformazioni* fetali diagnosticate tramite ecografia, malattie infettive etc.) documentate da esiti di esami strumentali o diagnostici;
3. le spese sanitarie per cure e trattamenti effettuati e fatturati successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa (ad eccezione delle "spese post" di cui agli artt. 2.5.1 e 2.6.1 effettuate entro i limiti di giorni previsti dall'opzione prescelta dalla data di dimissioni, anche se relative a *Malattie* diagnosticate e *Infortuni* occorsi durante la validità della *Polizza* e denunciati durante il periodo di validità della stessa;
4. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo esser divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i *ricoveri* siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
5. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (ad esempio: visita ginecologica, visita oculistica) a meno che non rientrano nella garanzia check-up, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
6. le spese relative a prestazioni di agopuntura, logopedia, trattamenti fisioterapici (salvo se previste dall'opzione assicurativa prescelta);
7. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi (accertato o sospetta), nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
8. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
9. le prestazioni non effettuate da *Istituti di Cura*, *Centri Medici* o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
10. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di *Medicina Alternativa o complementare* o non convenzionale o *sperimentale*;
11. qualsiasi *malattia* che sia correlata direttamente o indirettamente all'HIV, nonché le malattie sessualmente trasmesse;



12. gli *Infortuni*, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici, ad *abuso di psicofarmaci*, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
13. gli *Infortuni* sofferti in stato di ebbrezza (come definito dal Codice della Strada) alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
14. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'*Assicurato* per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
15. gli *Infortuni* derivanti dalla pratica di *Sport Professionistici*, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
16. gli *Infortuni* derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paragenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti;
17. gli *infortuni* accorsi durante la manipolazione di materiale pirotecnico e uso o produzione di esplosivi anche come attività non professionale;
18. 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;
19. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
20. le conseguenze di qualsiasi atto di *terrorismo*;
21. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
22. *applicazioni di carattere estetico*, trattamenti/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 scopo ricostruttivo a seguito di *Infortunio* indennizzabile ai sensi di *Polizza*;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di *Polizza* per neoplasia maligna;
23. i trattamenti psicoterapici e le prestazioni effettuate in conseguenza di *Malattie mentali* ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 9ª revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze dirette o indirette;
24. l'interruzione volontaria della gravidanza;
25. le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche;
26. cure e interventi per eliminare o correggere *Difetti fisici* o *Malformazioni* congenite preesistenti alla *Data di decorrenza* della *Polizza*, nonché patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore a un anno, assicurati dalla nascita;
27. 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;
28. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di 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).
29. trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da *malattie* o *infortuni*;



Cosa si intende per "trattamenti non strettamente necessari"?

Ad esempio, un ricovero che per la natura della malattia non può durare più di 7 giorni, ma è prorogato per ulteriori giorni in assenza di condizioni cliniche che lo rendono necessario.

30. le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di *Ricovero con Intervento chirurgico e Day Surgery*;
31. le *Visite specialistiche* effettuate da medici praticanti le medicine alternative, nonché le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine;



Tutte le prestazioni, non solo le viste, devono essere effettuate in presenza di patologia accertata o presunta e fatte dallo specialista (es. per dermatite, la prestazione deve essere eseguita dal dermatologo). Sono, quindi, escluse quelle effettuate dal "Medico di base".



32. lenti ed occhiali (se non previste dall'opzione assicurativa prescelta);
33. i *Ricoveri* effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (*Ricoveri impropri*);
34. le spese sostenute a fronte di espianto da donatore, sia da parte dell'*Assicurato* che da parte di terzi in caso di trapianti;
35. le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
36. le prestazioni non specificate nelle singole garanzie.

In aggiunta alle esclusioni sopra elencate, per la sola garanzia "Short Term Care (Non Autosufficienza)" sono sempre esclusi gli eventi derivanti da:

37. negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che l'*indennizzo* non viene corrisposto se è comprovato che l'*Assicurato* di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
38. incidente aereo se viaggia come membro dell'equipaggio;
39. svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, moto-veicoli e/o aeromobili.

Art. 2.10.2 Esclusioni valide per la garanzia "Dental"

L'*Assicurazione* non è operante per:

1. tutte le prestazioni e i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della *Data di decorrenza*;
2. le prestazioni rese necessarie da *Infortunio* verificatosi antecedentemente la *Data di Decorrenza dell'Assicurazione*;
3. le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della *Polizza*, per qualsiasi motivo, anche se la *Malattia* si è manifestata e l'*Infortunio* è avvenuto durante il periodo di validità dell'*Assicurazione*;
4. tutte le prestazioni non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (art. 2.8.2 delle presenti Norme) a seconda dell'opzione assicurativa prescelta;
5. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale;
6. trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia;
7. gli *Infortuni* derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
8. le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
9. le estrazioni di denti decidui (da latte);
10. gli *infortuni* sofferti in stato di ebbrezza (come definito dal Codice della Strada) alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
11. gli *infortuni*, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad *abuso di psicofarmaci*, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni;
12. le conseguenze dirette e indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
13. controlli di routine e/o prevenzione, salvo quanto previsto alla voce "Visita e Prevenzione" della tabella "Prestazioni odontoiatriche assicurate" (art. 2.8.2 delle presenti Norme);
14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'*Assicurato* abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di *terrorismo*;
15. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
16. gli *Infortuni* derivanti dalla pratica di *Sport Professionistici*, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.



Art.2.11 PATOLOGIE PREESISTENTI

L'Assicurazione non copre le *Patologie preesistenti* e relative complicanze, conseguenze dirette o indirette, fatta eccezione della garanzia Lenti e Occhiali di cui agli articoli 2.3.3, 2.4.3, 2.5.4 e 2.6.5.

Tuttavia, per le garanzie "Indennità giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche", "Accertamenti Diagnostici" e "Visite specialistiche", in caso di rinnovo consecutivo della *Polizza*, la copertura delle *Patologie preesistenti*, nonché loro complicanze, conseguenze dirette o indirette, note all'Assicurato al momento della prima sottoscrizione della *Polizza* è resa operante nei termini che seguono:

- in misura pari al 50% (cinquanta per cento) dell'importo indennizzabile e fino ad un massimo annuo di euro 15.000 (quindicimila) per prestazioni effettuate a partire dal terzo rinnovo della *Polizza*;
- in misura pari al 70% (settanta per cento) dell'importo indennizzabile e fino ad un massimo annuo di euro 30.000 (trentamila) per prestazioni effettuate a partire dal sesto rinnovo in poi della *Polizza*.

Il *massimale annuo* di euro 15.000 o euro 30.000 è da intendersi quale massimo importo disponibile per *Patologie preesistenti* valido per *Assicurato* e per *anno assicurativo* con riferimento a tutte le garanzie presenti nel *Piano Assicurativo* scelto, fermi eventuali *Massimali* e sub-massimali previsti in ogni singola garanzia.

Per la sola garanzia "Dental" le *Patologie preesistenti* alla *Data di Decorrenza* sono rimborsate secondo i limiti indicati nell'opzione assicurativa prescelta, fermi i *Termini di carenza* di cui al successivo art. 2.12.3.



Qui di seguito riportiamo alcuni esempi (a titolo esemplificativo e non esaustivo) per chiarire cosa si intende per **patologie preesistenti**

Esempio 1. Ipertrofia prostatica

L'Assicurato ha un'iperproliferazione prostatica, prima della Data di Decorrenza della Polizza, che ha comportato la necessità di rivolgersi ad un medico per Visita Specialistica o Accertamenti Diagnostici (es. ecografia, analisi cliniche) oppure terapie farmacologiche.

In tal caso, se l'Assicurato dovesse necessitare, successivamente alla Data di Decorrenza della Polizza, di un intervento o di ulteriori Visite Specialistiche e/o Accertamenti Diagnostici per l'iperproliferazione prostatica o per una delle sue complicanze (ad esempio la ritenzione urinaria acuta), queste ulteriori visite, esami, intervento e terapia farmacologiche non potranno essere rimborsate, perché tale condizione è la conseguenza di una Patologia preesistente, conosciuta, diagnosticata e curata; come da esclusione al punto 1 dell'art. 2.10 Esclusioni assicurazione sanitaria.

**Esempio 2. Forte dolore all'anca**

Da svariato tempo l'Assicurato avverte la presenza di un **forte dolore all'anca**, dolore che prima della Data di Decorrenza della Polizza ha curato tramite l'assunzione di antiinfiammatori oppure terapie fisiche/mediche; il dolore è indice della presenza di una Patologia preesistente che ha reso necessario Visite Specialistiche, l'assunzione di antiinfiammatori, terapie fisiche/mediche o Accertamenti Diagnostici prima della Data di Decorrenza della Polizza.

La presenza di un **dolore** è espressione di una alterazione locale degenerativa che l'Assicurato non può non conoscere, indipendentemente dal fatto che, nel frattempo, lo stesso si sia sottoposto o meno ad un eventuale Accertamento Diagnostico (es. risonanza magnetica) e successivo Intervento Chirurgico di protesi all'anca: pertanto le prestazioni non potranno essere rimborsate come da esclusione al punto 1 dell'art. 2.10 Esclusioni assicurazione sanitaria.

**Esempio 3. Dolore al petto**

L'Assicurato, prima della Data di Decorrenza della Polizza, avverte un **dolore al petto** per il quale gli viene prescritto un esame diagnostico, ad esempio, un AngioTAC.

Successivamente alla Data di Decorrenza della Polizza, l'Assicurato esegue l'esame diagnostico (AngioTAC) prescrittogli e gli viene diagnosticata una malattia coronarica. In seguito all'esito dell'AngioTAC, l'Assicurato viene sottoposto a un'angiografia e ad un intervento di impianto di stent.

In questo specifico caso, la coronaropatia è considerata una Patologia preesistente anche se non ancora diagnosticata perché all'Assicurato era stato prescritto, prima della Data di Decorrenza della Polizza, un accertamento diagnostico per approfondire il **dolore al petto**.

Per tale motivo le spese per Accertamenti Diagnostici o trattamento della malattia coronarica non potranno essere rimborsate, come da esclusione al punto 1 dell'art. 2.10 Esclusioni assicurazione sanitaria.



Art.2.12 TERMINI DI CARENZA**Art. 2.12.1 Garanzie “Indennità giornaliera”, “Surgical Cash”, “Rimborso Spese Mediche”, “Accertamenti Diagnostici”, “Visite Specialistiche”**

A condizione che il relativo *premio* sia stato pagato, le prestazioni saranno operanti ed effettive, salvo quanto normato al precedente art. 2.10.1 "Esclusioni" e tutto quanto normato nelle presenti *Condizioni di Assicurazione*, per:

- gli *Infortuni*: dalle ore 24:00 della *Data di Decorrenza* della *Polizza*;
- le *Malattie*: dal 30° giorno successivo alla *Data di Decorrenza* della *Polizza*;
- il Parto: dal 270° giorno successivo alla *Data di Decorrenza* della *Polizza*;
- le *Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l'Aborto Terapeutico*: dal 60° giorno successivo alla *Data di Decorrenza* della *Polizza* purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla *Data di Decorrenza* della *Polizza* stessa.

In caso di acquisto di nuovi Piani i *Termini di carenza* di cui sopra vengono calcolati dalla *Data di Decorrenza* del nuovo Piano.

Qualora la *Polizza* sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con la *Compagnia*, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa), i *Termini di carenza* di cui sopra vengono calcolati dalla *Data di Decorrenza* della (nuova) polizza proveniente da sostituzione, in riferimento:

- alle maggiori somme assicurate per prestazioni/garanzie già previste nella precedente copertura;
- alle prestazioni/garanzie sanitarie non previste nella precedente copertura;
- alle nuove persone assicurate.

Trascorso il *Termine di carenza*, le prestazioni che siano conseguenza, complicanza dirette o indiretta di eventuali *Malattie* diagnosticate durante i suddetti *Termini di carenza*, se coperte ai termini di *Polizza*, saranno liquidate secondo le modalità previste dalla presente copertura assicurativa.

Art. 2.12.2 Garanzia facoltativa “Non Autosufficienza”

L'*Indennizzo* forfettario verrà corrisposto, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 (novanta) giorni a partire dalla data di denuncia alla *Compagnia* dello stato di non autosufficienza permanente e in ogni caso, se trascorso il *Termine di carenza* di 6 mesi dalla *Data di Decorrenza* per qualsiasi *Malattia*.

Art. 2.12.3 Per la garanzia facoltativa “Dental”

A condizione che il relativo *premio* sia stato pagato, le prestazioni saranno operanti ed effettive, salvo quanto normato la precedente art. 2.10.1 "Esclusioni" e tutto quanto normato nelle presenti *Condizioni di Assicurazione*, per:

- gli *Infortuni*: dalle ore 24:00 della *Data di Decorrenza* della *Polizza*;
- *Visita e Prevenzione, Cure di 1° e 2° Livello*: dal 30° giorno successivo alla *Data di Decorrenza*.

In caso di modifica del *Piano Assicurativo* e quindi di passaggio da Livello 1 a Livello 2, i *Termini di carenza* di cui sopra decorrono dalla data della variazione e in relazione alle sole prestazioni odontoiatriche non previste nella precedente opzione assicurativa.

Trascorso il suddetto *Termine di carenza*, le prestazioni che siano conseguenza, complicanza diretta o indiretta di eventuali *Malattie* diagnosticate durante tale periodo di carenza, se coperte ai termini di *Polizza*, saranno liquidate secondo le modalità previste dalla presente copertura assicurativa.

Art.2.13 ESTENSIONE TERRITORIALE

Le coperture assicurative valgono per il modo intero a condizione che il soggiorno all'*Estero* non si protragga per oltre 90 giorni consecutivi.

Per le spese sostenute all'*Estero* i rimborsi vengono effettuati in *Italia*, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'*Assicurato*, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea (BCE). Tuttavia, dal momento che le *Strutture Convenzionate* odontoiatriche sono presenti nel solo territorio italiano, in caso di cure dentarie effettuate all'*Estero* la *Compagnia* rimborserà la spesa sostenuta dall'*Assicurato* entro l'importo previsto nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate” riportata all'art. 2.8.2.





SEZIONE ASSISTENZA



La gestione dei sinistri relativi alla garanzia di Assistenza è stata affidata dalla Compagnia ad INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.
Per la fornitura delle prestazioni l'Assicurato può rivolgersi direttamente alla *Centrale Operativa* di INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.

La *Compagnia* ha la facoltà di cambiare la società alla quale è affidata la gestione dei *Sinistri*, dandone tempestivo avviso al *Contraente* e senza che ciò comporti la variazione delle prestazioni garantite.

Art.3.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

Ferme le eventuali limitazioni o estensioni territoriali previste per le singole prestazioni, l'*assicurazione* è valida per i *sinistri* avvenuti in *Italia*.

Art.3.2 OPERATIVITÀ DELLA POLIZZA

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:

- mediante contatto telefonico con la *Centrale Operativa* 24 ore al giorno, 365 giorni l'*anno*;
- con costi a carico della *Compagnia* entro il limite di 3 (tre) sinistri per *Assicurato*, durante ciascun *anno* di validità della copertura;
- senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo *sinistro*;
- entro il limite del *massimale* previsto per ciascun tipo di prestazione di *assistenza*.

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'*Assicurato* sarà richiamato entro le successive 48 (quarantotto) ore.

Art.3.3 ASSISTENZA LIGHT

01 - Consulto medico telefonico e informazioni sulla campagna vaccinale

La *Centrale Operativa*, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'*anno*, è a disposizione dell'*Assicurato* per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a *Infortunio* o *Malattia Improvvisa*. Il servizio medico della *Centrale Operativa*, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'*Assicurato* o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni sulla campagna vaccinale e sulle eventuali controindicazioni ed effetti collaterali:
 - informazioni sulla vaccinazione anti-Covid, secondo le linee guida ministeriali,
 - informazioni su altri vaccini come, ad esempio, vaccino trivalente (antimorbillo, antirosolia, antiparotite), antivaricella, antitetanica, antidifterica, ecc.
- informazioni riguardanti:
 - reperimento dei mezzi di soccorso;
 - reperimento di medici generici e specialisti;
 - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;



- modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
- esistenza e reperibilità di farmaci.

La *Centrale Operativa* non fornirà diagnosi, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'*Assicurato* in condizione di ottenere quanto necessario.

02 - Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della *Centrale Operativa* giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'*Assicurato*, la *Centrale Operativa* invierà un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della *Compagnia*.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la *Compagnia* organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'*Assicurato* presso il centro di primo soccorso più vicino al suo *domicilio* e senza costi a suo carico. Resta inteso che in caso di emergenza la *Centrale Operativa* non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

03 - Trasferimento sanitario programmato

Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della *Centrale Operativa* e d'intesa con il medico curante dell'*Assicurato*, la *Centrale Operativa* è a disposizione per organizzare il trasporto dell'*Assicurato* con il mezzo ritenuto più idoneo qualora, a seguito di *infortunio* o *malattia*, sia necessario:

- il suo trasferimento presso l'*istituto di cura* dove deve essere ricoverato;
- il suo trasferimento dall'*istituto di cura* presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;
- il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione.

La *Centrale Operativa* organizzerà il trasferimento dell'*Assicurato* con costi a carico della *Compagnia* e con i mezzi ritenuti più idonei a suo insindacabile giudizio, mediante:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto.

In base alle condizioni di salute dell'*Assicurato*, la *Centrale Operativa* provvederà a fornire la necessaria *assistenza* durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della *Centrale Operativa* possono essere curate sul posto;
- le malattie infettive, qualora il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'*Assicurato* o i *familiari* dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate;
- tutte le spese sostenute per *patologie preesistenti*.

04 - Rientro dell'Assicurato convalescente al proprio domicilio

Qualora l'*Assicurato* in seguito alle dimissioni dall'*istituto di cura* a seguito di *Ricovero* o *Day Hospital* non fosse obiettivamente in grado di rientrare alla propria *residenza* autonomamente, la *Centrale Operativa* organizza e prende a proprio carico le spese di rientro con il mezzo ritenuto più idoneo mediante un taxi o un'autoambulanza.

05 - Prelievo campioni

Qualora l'*Assicurato* versi in una condizione di temporanea inabilità e necessiti di effettuare con urgenza un esame ematochimico, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla *Centrale Operativa* di organizzare il prelievo presso il proprio *domicilio*.

La prestazione è fornita a condizione che venga richiesta con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La *Compagnia* terrà a proprio carico i costi relativi al prelievo, mentre restano a carico dell'*Assicurato* i costi degli esami e degli *accertamenti diagnostici* effettuati presso i laboratori di analisi convenzionati con la *Centrale Operativa*.

06 - Consegna esiti esami

Qualora l'*Assicurato* versi in una condizione di temporanea inabilità e necessiti di ritirare con urgenza i referti di *accertamenti diagnostici* effettuati, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla *Centrale Operativa* di recapitarli presso il proprio *domicilio* o consegnarli al medico curante.

La *Centrale Operativa* provvederà ad inviare un corrispondente al *domicilio* dell'*Assicurato*, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.

La prestazione è fornita a condizione che venga richiesta con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La *Compagnia* terrà a proprio carico il costo della consegna degli esiti, mentre il costo degli esami resta a carico dell'*Assicurato*.



07 - Assistenza infermieristica

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'*istituto di cura* presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio *domicilio* da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), potrà richiedere alla *Centrale Operativa* il reperimento e l'invio di personale convenzionato. La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita a condizione che venga richiesta con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La *Compagnia* terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per *sinistro* e 2 (due) ore per giorno.

08 - Assistenza infermieristica presso la struttura di ricovero

Qualora, a seguito di *Ricovero* o *Day Hospital* e sulla base di una dichiarazione del medico ospedaliero, l'Assicurato necessiti di ricevere *assistenza* continua notturna (o diurna) e non vi siano *familiari* disponibili ad assisterlo, potrà richiedere alla *Centrale Operativa* il reperimento e l'invio di personale convenzionato specializzato (infermieristico o socio-assistenziale). La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita a condizione che venga richiesta con un preavviso minimo di 24 (ventiquattro) ore.

La *Compagnia* terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) notti (giorni) per *sinistro* e per un massimo di 8 (otto) ore per notte (giorno) non frazionabili.

09 - Invio fisioterapista

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'*istituto di cura* presso cui era ricoverato, di essere assistito presso il proprio *domicilio* da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, potrà richiedere alla *Centrale Operativa* il reperimento e l'invio di personale convenzionato. La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita a condizione che venga richiesta con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La *Compagnia* terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per *sinistro* e 2 (due) ore per giorno.

10 - Viaggio di un familiare in caso di ricovero

Qualora l'Assicurato venga ricoverato per un periodo superiore a 7 (sette) giorni in un'altra regione in *Italia*, la *Centrale Operativa* fornirà un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere ad un *familiare* residente in *Italia* di raggiungere l'Assicurato ricoverato.

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

Art.3.4 ASSISTENZA PLUS**Premessa**

La copertura opera in caso di *infortunio* o *malattia* dell'Assicurato comprovati da certificato medico fino alla concorrenza di un *massimale* di euro 2.000 (duemila) per Assicurato e per *sinistro*, fino a un massimo di 3 (tre) *sinistri* per Assicurato e per *anno assicurativo*. Le prestazioni vengono erogate nei 90 giorni successivi all'*infortunio*, alla data del certificato medico in caso di *malattia* o alla data di dimissione in caso di *ricovero*. L'eventuale *massimale* residuo non è cumulabile con il *sinistro* successivo.

In tutti i casi in cui le prestazioni eccedono il *massimale*, il costo è a carico dell'Assicurato. Tale eventuale eccedenza viene comunicata dalla *Centrale Operativa* al momento del *sinistro* con l'indicazione del relativo importo preventivo. L'importo comunicato è puramente indicativo perché soggetto a possibili variazioni dovute all'effettivo servizio erogato; è esclusa pertanto ogni responsabilità della *Centrale Operativa* per importi diversi rispetto a quanto comunicato e che non rientrino in copertura.

L'assicurazione Assistenza Plus include le prestazioni previste dall'Assistenza Light (art. 3.3) più le prestazioni qui di seguito riportate.

ASSISTENZA DOMICILIARE**11 - Reperimento di presidi medico-chirurgici**

Qualora all'Assicurato, nel caso in cui, al momento della dimissione dal luogo di cura ove è stato ricoverato, venisse prescritto da parte dei medici che lo hanno avuto in cura, uno dei seguenti presidi medico-chirurgici:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- materasso antidecubito;

la *Centrale Operativa* provvederà a reperirlo in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato sino ad un massimo di 60 (sessanta) giorni per *sinistro*.



Se, per cause indipendenti alla volontà della *Centrale Operativa*, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali presidi, la *Compagnia* provvederà a rimborsare le spese relative al noleggio dei presidi stessi.

Il *massimale* sopracitato si intende comprensivo delle eventuali spese di consegna e ritiro presso il *domicilio* dell'Assicurato.

12 - Invio collaboratrice domestica

Qualora l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'*istituto di cura* presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla *Centrale Operativa* di reperire ed inviare presso il proprio *domicilio* una collaboratrice per il disbrigo delle faccende domestiche.

La prestazione è fornita a condizione che venga richiesta con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La *Compagnia* terrà a proprio carico il costo della prestazione.

13 - Invio baby sitter

Qualora l'Assicurato, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'*istituto di cura* presso cui era ricoverato, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, dei propri figli minori di anni 12 e non vi sia nessun altro *familiare* in grado di provvedervi, potrà richiedere alla *Centrale Operativa* di reperire ed inviare presso la propria abitazione una baby sitter.

La prestazione è fornita a condizione che venga richiesta con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La *Compagnia* terrà a proprio carico il costo della prestazione.

14 - Invio dog sitter

Qualora l'Assicurato, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'*istituto di cura* presso cui era ricoverato, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, del proprio cane, potrà richiedere alla *Centrale Operativa* di reperire e inviare un dog sitter che presterà assistenza all'animale domestico.

La prestazione è fornita a condizione che venga richiesta con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La *Compagnia* terrà a proprio carico il costo della prestazione.

15 - Invio di un insegnante per supporto scolastico

Qualora l'Assicurato, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'*istituto di cura* presso cui era ricoverato, non sia in grado, sulla base di certificazione medica, di fornire sostegno ai propri figli per i compiti, studenti della scuola dell'obbligo e non vi sia nessun altro *familiare* in grado di provvedere, potrà richiedere alla *Centrale Operativa* di reperire ed inviare presso la propria abitazione un insegnante per un eventuale supporto scolastico.

La prestazione è fornita a condizione che venga richiesta con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La *Compagnia* terrà a proprio carico il costo della prestazione.

TELECONSULTAZIONE

Il servizio di Teleconsultazione è un servizio semplice e innovativo, complementare all'assistenza sanitaria di base dell'Assicurato.

È accessibile 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, tramite chiamata telefonica o videochiamata attraverso una linea dedicata. È disponibile a *domicilio*, in ufficio, in trasferta per motivi di lavoro o in vacanza.

16 - Teleconsultazione

Qualora l'Assicurato abbia bisogno di organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a *infortunio* o *malattia improvvisa*, la *Centrale Operativa* trasferirà la chiamata al proprio servizio medico che valuterà, con il consenso dell'Assicurato, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata, il tutto protetto dal segreto medico.

Il servizio medico della *Centrale Operativa*, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni sulla campagna vaccinale e sulle eventuali controindicazioni ed effetti collaterali:
 - informazioni sulla vaccinazione anti-Covid, secondo le linee guida ministeriali,
 - informazioni su altri vaccini come, ad esempio, vaccino trivalente (antimorbillo, antirosolia, antiparotite), antivaricella, antitetanica, antidifterica, ecc.

La Teleconsultazione è disponibile anche dall'*Estero*.

17 - Prescrizione medica

Successivamente alla Teleconsultazione la *Compagnia*, qualora il medico a suo insindacabile giudizio ritenga necessaria la prescrizione di un farmaco, potrà trasmettere una ricetta medica bianca presso la farmacia più vicina al luogo in cui trova l'Assicurato in *Italia*, in modo che quest'ultimo o un suo delegato possano acquistare il medicinale prescritto.

La Prescrizione medica in seguito alla Teleconsultazione è disponibile solo in *Italia*.



18 - Consegna farmaco

Qualora l'Assicurato versi in condizioni di temporanea inabilità, potrà chiedere alla *Centrale Operativa* di effettuare la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il proprio *domicilio* (o al luogo in Italia dove questi risiede temporaneamente).

La *Centrale Operativa* provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il luogo in cui si trova l'Assicurato il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti nel più breve tempo possibile e comunque entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

La *Compagnia* terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.

CURA DI TE**19 - Promemoria della terapia post ricovero**

Qualora l'Assicurato, a seguito di *Ricovero* ospedaliero o *Day Hospital per malattia o infortunio*, abbia bisogno di supporto post ricovero, potrà richiedere l'attivazione della prestazione "Promemoria della terapia post ricovero". In questo caso, l'Assicurato contatterà la *Centrale Operativa* ed invierà la documentazione medica e la prescrizione della terapia farmacologica, nelle modalità concordate con l'operatore.

Di seguito verrà attivato il servizio che consiste nell'invio all'Assicurato del promemoria relativo ai farmaci, con le scadenze previste in base alla diagnosi e alla terapia prescritta.

Il servizio è valido per un massimo di 14 (quattordici) giorni per *sinistro*.

Art.3.5 ESCLUSIONI ASSISTENZA

- 1) Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:
 - a) atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di *terrorismo*, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
 - b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
 - c) sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
 - d) dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
 - e) abuso di alcolici, *abuso di psicofarmaci* nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
 - f) *infortuni* derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
 - g) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
 - h) ogni evento derivante da situazioni patologiche pregresse già note all'Assicurato;
 - i) eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
 - j) viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.
- 2) La *Compagnia* non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla *Centrale Operativa*, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della *Compagnia*.
- 3) La *Compagnia* non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.
- 4) Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.
- 5) Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.
- 6) Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.





COSA FARE IN CASO DI SINISTRO



Di seguito sono riportate per entrambe le sezioni delle presenti Condizioni di Assicurazione:

- a) le indicazioni utili per la denuncia di sinistro;
- b) gli obblighi in caso sinistro.

Sezione Assicurazione Sanitaria

La *Compagnia*, per la gestione e la liquidazione dei *Sinistri*, si avvale di *MyAssistance S.r.l.* e della sua *Centrale Operativa*. La *Compagnia* ha la facoltà di cambiare la società alla quale è affidata la gestione dei *Sinistri*, dandone tempestivo avviso al *Contraente* e senza che ciò comporti la variazione delle prestazioni garantite. Tutte le prestazioni assicurate devono essere effettuate da medico specialista o da personale specializzato, corredate dalla relativa diagnosi (patologia accertata o sospetta tale), nonché fatturate da *Istituto di Cura*, da studio medico, da Medico specialista, da medico dentista o da una struttura odontoiatrica.

Le prestazioni infermieristiche possono essere fatturate da infermiere professionista e i *Trattamenti fisioterapici e rieducativi* fatturati da Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge. Non sono ammessi documenti di spesa che presentano cancellature e correzioni.

Art.4.1 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Art. 4.1.1 Erogazione prestazioni delle Garanzie "Surgical Cash", "Indennità giornaliera da ricovero" e "Indennità a seguito di ricovero in terapia intensiva" presso Strutture non convenzionate (a Rimborso)

In caso di *sinistro* l'*Assicurato* o i suoi aventi diritto (o il *Contraente* qualora l'*Assicurato* o i suoi aventi diritto non vi provvedono), entro 10 (dieci) giorni dal verificarsi del *sinistro* ovvero dal giorno in cui siano stati obiettivamente in grado di farlo, deve darne avviso scritto a *MyAssistance S.r.l.* [► art. 1913 Codice civile].

Al termine delle cure, la denuncia dovrà essere effettuata secondo una delle seguenti modalità:

- tramite l'app MyAssistance S.r.l.;
- tramite e-mail all'indirizzo sinistri.helvetiaitalia@myassistance.it;
- tramite telefax al numero 02.87.18.19.75;
- tramite posta, con lettera raccomandata A/R, inviando la documentazione a:

MyAssistance S.r.l. - Ufficio Sinistri
Via Montecuccoli, 20/1 - 20146 Milano

La denuncia potrà essere effettuata anche tramite web dalla propria area riservata accessibile con le credenziali personali al seguente indirizzo: <https://app.myassistance.eu>.



Per facilitare la denuncia del *sinistro* è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto assicurativo, sul sito internet della *Compagnia* all'indirizzo www.helvetiaitalia.it oppure chiamando il Numero verde:



e inviare lo stesso secondo le modalità sopra riportate.

La denuncia deve includere le seguenti informazioni e documentazione medica:

- numero di *polizza*;
- nome e cognome, indirizzo di *residenza* dell'*Assicurato* che ha effettuato le prestazioni;
- copia del certificato medico attestante la patologia sospetta o accertata. In caso di patologia per la quale si è già consultato un medico o eseguito accertamenti diagnostici, allegare anche i referti delle visite specialistiche e/o di accertamenti diagnostici eseguiti nei 2 anni precedenti alla data di decorrenza della polizza;
- in caso di *Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital / Day Surgery*, per il quale si richiede il rimborso delle spese sostenute, deve essere inviata copia conforme della *cartella clinica* completa di tutte le pagine, inclusa la Scheda di Dimissioni Ospedaliera (SDO) contenente le generalità dell'*Assicurato*, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico;
- in caso di "Indennità a seguito di ricovero in terapia intensiva" deve essere inviata copia conforme della *cartella clinica* completa nonché la Scheda di Dimissioni Ospedaliera (SDO), dalla quale si evince il ricovero in terapia intensiva come conseguenza di patologia riconducibile direttamente a Malattia infettiva definita dall'*OMS* come emergenza sanitaria di interesse internazionale (*PHEIC*);
- in caso di *Infortunio*, a prescindere dalle conseguenze dello stesso:
 - le circostanze dell'accaduta nel quale, oltre alla dinamica, sia chiaramente indicata la data e l'ora dell'*Infortunio*;
 - referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'*Infortunio* (es. radiografie, referti clinici etc.).
- riferimento numero telefonico e/o indirizzo e-mail per successivi contatti.

MyAssistance S.r.l. potrà richiedere successivamente, per poter procedere alla definizione del *sinistro*, ulteriore documentazione medica o fiscale che l'*Assicurato* sarà tenuto a trasmettere.

L'*Assicurato* deve sottoporsi ai controlli medici disposti dalla *Centrale Operativa*, fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo* ► art. 1915 del Codice civile].

Art. 4.1.2 Erogazione prestazioni delle garanzie "Rimborso spese mediche", "Accertamenti diagnostici", "Visite specialistiche e Trattamenti fisioterapici e rieducativi", "Dental" e Check-Up tramite Pagamento diretto

Qualora l'*Assicurato* decida di usufruire di *Strutture Convenzionate - Pagamento diretto* (struttura sanitaria e medico/equipe medica devono essere entrambi convenzionati) o del *Regime Misto* (solo struttura sanitaria convenzionata) deve chiedere specifica autorizzazione alla *Centrale Operativa*, con un preavviso di almeno 3 (tre) giorni lavorativi. Il preavviso non è richiesto per i soli casi di reale e comprovata urgenza, che comunque dovranno essere comunicati nel più breve tempo possibile.

Le modalità per poter richiedere l'attivazione sono:

- tramite l'app *MyAssistance*;
- tramite web dalla propria area riservata, accessibile con le credenziali personali all'indirizzo: <https://app.myassistance.eu>;
- tramite telefax al numero 02.87.18.19.75;
- tramite e-mail all'indirizzo: sinistri.helvetiaitalia@myassistance.it.

Per informazioni o supporto l'*Assicurato* potrà contattare la *Centrale Operativa*:

- al Numero verde **800 400 335** (da rete fissa Italia), oppure
- al numero 0039 **02 303 500 001** (da estero o cellulare).

L'elenco aggiornato delle strutture convenzionate è disponibile sul sito internet della *Compagnia*, nell'area riservata del sito <https://app.myassistance.eu> o tramite l'app *MyAssistance*, dove l'*Assicurato* può accedervi con le proprie credenziali.

L'*Assicurato* dovrà fornire alla *Centrale Operativa* le seguenti informazioni e documentazione medica:

- numero di *Polizza*;
- nome e cognome dell'*Assicurato* che deve effettuare la prestazione;



- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- *Struttura sanitaria convenzionata*;
- nome del medico convenzionato che effettuerà la prestazione in caso di *Regime diretto*;
- nome del medico non convenzionato che effettuerà la prestazione, in caso di *Regime misto*;
- data della prestazione;
- in caso di *Ricovero, Day Hospital/Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale*: tipo d'intervento chirurgico da eseguire, se senza intervento, descrizione dell'iter diagnostico e terapeutico. Per i soli *Interventi Chirurgici Ambulatoriali* di asportazione indicare anche il tipo di lesione, sede e dimensioni;
- in caso di *Visite Specialistiche o Accertamenti diagnostici*: documentazione (prescrizione, o certificato o referto) compilata dal medico di base o dallo specialista attestante le prestazioni sanitarie da effettuare (es. visita ortopedica, ecografia addome completo ecc.) e contenente la patologia, sospetta o accertata. In caso di patologia per la quale si è già consultato un medico o eseguito *Accertamenti diagnostici*, è necessario allegare anche i referti delle *Visite specialistiche e/o di Accertamenti diagnostici* eseguiti nei due anni precedenti alla *Data di decorrenza della Polizza*;
- in caso di *Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi* documentazione (prescrizione, o certificato o referto) rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia per la quale vengono richiesti i trattamenti;
- in caso di cure dentarie, piano di cure con il dettaglio delle prestazioni da eseguire;
- in caso d'*Infortunio* a prescindere dalle conseguenze dello stesso:
 - le circostanze dell'accaduto nella quale, oltre alla dinamica, sia chiaramente indicata la data e l'ora dell'*infortunio*;
 - referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'*Infortunio* (quali, ad esempio, radiografie, referti clinici, O.P.T., etc.).

MyAssistance S.r.l. qualora lo ritenga necessario potrà richiedere successivamente, per poter procedere alla definizione del *sinistro*, ulteriore documentazione medica o fiscale che l'*Assicurato* sarà tenuto a trasmettere.

Per poter usufruire della garanzia "Check-Up" (Prevenzione) l'*Assicurato* deve contattare la *Centrale Operativa* che provvederà, in accordo con l'*Assicurato* stesso, a prenotare direttamente le prestazioni presso la struttura sanitaria prescelta.

L'operatore della *Centrale Operativa*, verificata l'ammissibilità della richiesta, provvederà ad autorizzare la *Struttura Convenzionata* ad erogare le prestazioni concordate, dandone conferma all'*Assicurato* via e-mail. La preventiva attivazione della *Centrale Operativa* e la successiva conferma dell'erogazione delle prestazioni sono condizioni essenziali per l'operatività della procedura di Presa in Carico Diretta, in mancanza delle quali il servizio non sarà operante.

Al momento dell'accesso alla *Struttura convenzionata* l'*Assicurato* dovrà sottoscrivere la "Lettera di impegno" relativa alla procedura di Presa in Carico Diretta.

Ai fini dell'autorizzazione alla procedura di Presa in Carico Diretta la *Compagnia*, per il tramite di *MyAssistance S.r.l.*, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

Qualora l'*Assicurato* utilizzasse una *Struttura Convenzionata* senza richiedere preventivamente l'autorizzazione a *MyAssistance S.r.l.*, il *Rimborso* verrà riconosciuto applicando gli *Scoperti/Franchigie* previsti per le *Strutture non convenzionate (a Rimborso)*, ai sensi del successivo art. 4.1.3.

L'*Assicurato* potrà comunque beneficiare delle tariffe agevolate convenzionate con *MyAssistance S.r.l.*, esibendo la tessera di riconoscimento digitale presente nell'app *MyAssistance*, stampabile dall'area riservata.

Art. 4.1.3 Erogazione prestazioni delle garanzie "Rimborso spese mediche", "Accertamenti diagnostici", "Visite specialistiche e Trattamenti fisioterapici e rieducativi", "Dental" presso Strutture non convenzionate (a Rimborso)

Qualora l'*Assicurato* decida di non avvalersi della procedura di *Pagamento diretto*, quindi con ricorso a *Strutture mediche non convenzionate* oppure avvalendosi di professionisti medici non convenzionati (presso *Strutture mediche convenzionate*), per ottenere il *rimborso* delle spese sostenute deve denunciare il *sinistro* a *MyAssistance S.r.l.*

Al termine delle cure, la denuncia dovrà essere effettuata secondo una delle seguenti modalità:

- tramite l'app *MyAssistance*;
- tramite web dalla propria area riservata accessibile con le credenziali personali al seguente indirizzo: <https://app.myassistance.eu>;
- tramite e-mail all'indirizzo sinistri.helvetiaitalia@myassistance.it;
- tramite telefax al numero 02.87.18.19.75;



- tramite posta, mediante lettera raccomandata A/R, inviando la documentazione allegata al "Modulo di denuncia sinistro" (di cui al precedente art. 4.1.1) debitamente compilato e firmato a:
MyAssistance S.r.l. – Ufficio Sinistri
Via Montecuccoli, 20/1 – 20146 Milano

Per informazioni o supporto l'Assicurato potrà contattare la *Centrale Operativa*:

- al Numero verde **800 400 335** (da rete fissa Italia), oppure
- al numero **0039 02 303 500 001** (da estero o cellulare)

L'Assicurato o i suoi aventi diritto (oppure il *Contraente* qualora l'Assicurato o i suoi aventi diritto non vi provvedono), oltre alla **fotocopia** della documentazione di spesa (fatture o notule debitamente quietanzate), dovrà fornire le seguenti informazioni nonché la seguente documentazione medica:

- numero di polizza;
- nome e cognome, indirizzo di residenza dell'Assicurato che ha effettuato le prestazioni;
- in caso di *Ricovero, Day Hospital / Day Surgery* per il quale si richiede il *Rimborso* delle spese sostenute o l'*Indennità sostitutiva*: cartella clinica completa di tutte le pagine completa di Scheda di Dimissioni Ospedaliere (S.D.O.), contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico.
- in caso di spese relative ad *Intervento Chirurgici Ambulatoriali*: dettagliata relazione medica rilasciata dal chirurgo con indicata la patologia, il tipo d'intervento e le prestazioni effettuate. In caso di asportazioni chirurgica indicare anche il tipo di lesione, sede e dimensioni;
- in caso di *Visite Specialistiche e/o Accertamenti diagnostici*: documentazione (prescrizione, o certificato o referto) compilata dal medico di base o dallo specialista attestante le prestazioni sanitarie effettuate (es. visita ortopedica, ecografia addome completo ecc.) e contenente la patologia, sospetta o accertata. In caso di patologia per la quale si è già consultato un medico o eseguito accertamenti diagnostici, è necessario allegare anche i referti delle *Visite specialistiche e/o di Accertamenti diagnostici* eseguiti nei due anni precedenti alla *Data di decorrenza della Polizza*;
- in caso di *Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi*: documentazione (prescrizione, o certificato o referto) rilasciata dal medico specialista e contenente la patologia, sospetta e accertata. La specializzazione del medico dovrà essere congrua con la patologia per la quale sono stati richiesti i trattamenti;
- in caso di acquisto di medicinali, prescrizione medica completa di nome e cognome dell'Assicurato, nome del farmaco e la patologia per la quale è stato prescritto il medicinale. Dovrà essere allegato anche lo scontrino fiscale parlante dal quale si dovrà evincere il codice fiscale dell'Assicurato e il nome o codice del farmaco acquistato;
- in caso di *Assistenza Infermieristica domiciliare*, prescrizione del medico di base o dello specialista con indicata la patologia per la quale è stata richiesta l'assistenza;
- in caso di cure dentarie, dettaglio della singola prestazione effettuata, relativo costo e data in cui le singole prestazioni sono state eseguite;
- in caso di acquisto di lenti e occhiali: certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista con l'indicazione di prime lenti o di successiva modifica del visus. Per le lenti a contatto la richiesta di *Rimborso* deve essere presentata una sola volta e alla fine dell'anno assicurativo;
- in caso di *Infortunio*, a prescindere dalle conseguenze dello stesso:
 - le circostanze dell'accaduta nel quale, oltre alla dinamica, sia chiaramente indicata la data e l'ora dell'*Infortunio*;
 - referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'*Infortunio* (es. radiografie, referti clinici etc.).

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica dell'autenticità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà della *Compagnia* di richiedere che la predetta documentazione venga prodotta anche in originale.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da *MyAssistance S.r.l.* e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre compagnie assicurative richiesta di rimborso per il medesimo sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico secondo le modalità e nei limiti previsti in *Polizza*, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.



Art. 4.1.4 Garanzia "Non autosufficienza (Short Term Care)"

Entro 10 (dieci) giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà darne avviso a MyAssistance S.r.l. indicando

- il numero di polizza;
- il nome e il cognome e l'indirizzo di residenza dell'Assicurato.

La denuncia dovrà essere effettuata secondo una delle seguenti modalità:

- tramite l'app MyAssistance;
- tramite e-mail all'indirizzo sinistri.helvetiaitalia@myassistance.it;
- tramite posta, con lettera raccomandata A/R, inviando la documentazione a:

MyAssistance S.r.l. – Ufficio Sinistri
Via Montecuccoli, 20/1 – 20146 Milano

La denuncia potrà essere effettuata anche tramite web dalla propria area riservata accessibile con le credenziali personali al seguente indirizzo: <https://app.myassistance.eu>.

Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro", di cui al precedente art. 4.1.1, debitamente compilato e firmato.

Insieme alla denuncia dovrà essere fornita la seguente documentazione medica:

- qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche;
- Relazione del medico curante sulle cause dello stato di Non autosufficienza e Questionario "Activities Daily Living" da far compilare al medico specialista. La Compagnia ha comunque facoltà di sottoporre l'Assicurato a una o più visite medico legali.

La Compagnia, analizzata tutta la documentazione, valuterà se richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti.

La Compagnia avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Ogni 12 (dodici) mesi, dovrà essere indirizzato alla Compagnia un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato, la stessa si riserva comunque il diritto di richiederlo ogni qualvolta lo ritenesse necessario. Nel caso in cui l'Assicurato si rifiutasse di sottoporsi ai controlli richiesti o di esibire la documentazione richiesta, il pagamento dell'Indennizzo verrà sospeso.

Art.4.2 MODALITÀ DI UTILIZZO DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Art.4.2.1 Garanzie "Surgical Cash", "Indennità giornaliera" e "Indennità a seguito di ricovero in terapia intensiva"

MyAssistance S.r.l., verificata l'operatività della garanzia, una volta ricevuta la documentazione sanitaria del sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, corrisponde l'indennizzo o comunica all'Assicurato i motivi del rifiuto del pagamento dell'indennizzo.

Il termine previsto per la valutazione e il pagamento del sinistro avviene a cura ultimata ed è fissato in 30 (trenta) giorni dal ricevimento in forma completa della documentazione sanitaria indicata all'art. 4.1.1 "Garanzie Surgical Cash, Indennità giornaliera da ricovero e Indennità a seguito di ricovero in terapia intensiva".

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato in Italia e in valuta corrente.

Art. 4.2.2 Garanzie "Rimborso spese mediche", "Accertamenti diagnostici", "Visite specialistiche, Trattamenti fisioterapici e rieducativi" e "Dental" - Pagamento diretto

Nel caso in cui l'Assicurato abbia attivato la procedura di Presa in Carico Diretta, la Compagnia per il tramite della Centrale Operativa di MyAssistance S.r.l. provvede al pagamento diretto delle spese relative alle prestazioni sanitarie di cui l'Assicurato abbia goduto, con le seguenti modalità:

- Struttura Convenzionata (sia la struttura sanitaria che l'Equipe medica sono convenzionate)
La Compagnia provvede a liquidare direttamente alla Struttura Convenzionata le prestazioni autorizzate nei modi e nei limiti previsti in Polizza. Restano a carico dell'Assicurato eventuali Franchigie/Scoperti o somme eccedenti i Massimali nonché ogni altra spesa non coperta dalla Polizza e non autorizzata. Qualora l'Assicurato utilizzi una Struttura Convenzionata senza attivare preventivamente l'autorizzazione al pagamento diretto con la Centrale Operativa di MyAssistance, il rimborso verrà riconosciuto applicando quanto previsto in caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate.
- Struttura Convenzionata con Equipe medica non convenzionata (Regime misto) – operante per la sola garanzia "Rimborso spese mediche"
La Compagnia provvede a liquidare direttamente alla Struttura Convenzionata le prestazioni autorizzate nei modi e nei limiti previsti in Polizza. L'Assicurato deve saldare eventuali Franchigie/Scoperti a suo



carico, come previsto in caso di utilizzo di *Strutture Convenzionato (Pagamento diretto)*, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata. Inoltre, l'Assicurato deve saldare le spese dell'*Equipe medica* non convenzionata e richiedere successivamente alla *Compagnia* il rimborso delle stesse. Dal rimborso vengono sottratti *Scoperti/Franchigie*, come previsto in caso di utilizzo di *Strutture non Convenzionate*, o somme eccedenti i *Massimali*, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto. La *Compagnia* provvederà al rimborso delle spese entro il termine di 30 (trenta) giorni dalla ricezione della documentazione, necessaria alla valutazione del *sinistro*, completa in ogni sua parte.

Il pagamento che la *Compagnia* effettuerà alle *Strutture Convenzionate* solleverà la *Compagnia* stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la *Compagnia* abbia già corrisposto.

Il *pagamento diretto* non pregiudica il diritto della *Compagnia* a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di autorizzazione al pagamento diretto qualora, si dovesse accertare successivamente la non validità della *Polizza* o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, la *Compagnia* ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla *Compagnia* stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'*Istituto di Cura* se già saldate dalla *Compagnia* alla *Struttura convenzionata* e/o a medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la *Struttura* che i medici convenzionati.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti, la *Compagnia* si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 4.2.3 Garanzie "Rimborso spese mediche", "Accertamenti diagnostici", "Visite specialistiche, Trattamenti fisioterapici e rieducativi" - Strutture non convenzionate (a Rimborso)

Nel caso in cui l'Assicurato abbia usufruito di prestazioni mediche effettuate in *Strutture non convenzionate* questi paga le spese sanitarie e richiede a cura ultimata il rimborso alla *Compagnia*. Dal rimborso vengono sottratti *Scoperti/Franchigie* o somme eccedenti i *Massimali* nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto. La *Compagnia* provvede al rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato entro il termine di 30 (trenta) giorni dalla ricezione della documentazione, necessaria alla valutazione del *sinistro*, completa in ogni sua parte.

Il pagamento di quanto dovuto sarà effettuato dalla *Compagnia* su presentazione della documentazione di spesa debitamente quietanzata (fatture, notule, ricevute) emessa da *Istituto di Cura*, da un *Centro Medico*, da medico specialista, da medico dentista o da una struttura odontoiatrica.

Il pagamento dell'*indennizzo* viene effettuato in *Italia* e in valuta corrente e, per le spese sostenute in valuta diversa da quella legale, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa stessa.

Art. 4.2.4 Garanzia "Short Term Care (Non autosufficienza)"

La *Compagnia* effettua il pagamento della prima indennità mensile al termine del periodo di sopravvivenza dell'Assicurato di cui all'art. 2.7 "*Short Term Care (Non autosufficienza)*".

Il riconoscimento dell'*indennizzo* avverrà entro il termine di 30 (trenta) giorni dal momento in cui la *Compagnia* avrà ricevuto la documentazione completa per la valutazione dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato. Le indennità successive saranno corrisposte entro 30 (trenta) giorni dalle relative scadenze.

Il pagamento delle indennità viene effettuato in *Italia* e in valuta corrente.

Sezione Assistenza

Art.4.3 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA

In caso di *sinistro* l'Assicurato dovrà contattare, al momento dell'insorgere della necessità e comunque non oltre 3 giorni, la *Centrale operativa* al seguente numero telefonico:

- numero verde per chiamate dall'Italia: **800.400 335**;
- numero per chiamate dall'estero: **+39 02 303 500 001**.

A parziale deroga, resta inteso che qualora la persona titolare dei diritti derivanti dal contratto sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il *sinistro* entro tali termini potrà farlo non appena ne sarà in grado.

Per tutte le prestazioni di *assistenza* l'Assicurato dovrà comunicare, oltre al tipo di prestazione richiesta:

- cognome e nome;
- luogo dal quale chiama e recapito telefonico al quale essere contattato.

Gli interventi di *assistenza* devono essere di norma disposti direttamente dalla *Centrale Operativa* oppure da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione. In ogni caso, le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla *Centrale Operativa* non saranno rimborsate.



Allegato 1 - Classificazione degli Interventi chirurgici in classi

DESCRIZIONE (per branca)	classe
CARDIOCHIRURGIA	
Bypass aorto coronarico singolo o multiplo	VI
Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (CEC), salvo gli interventi descritti	VI
Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) interventi di, salvo gli interventi descritti	V
Cisti del cuore o del pericardio, asportazione di	V
Commisurotomia per stenosi mitralica	V
Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso	V
Drenaggio pericardico o riapertura per sanguinamento	II
Embolectomia con Fogarty	III
Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tampomamento, interventi per	V
Fistole arterovenose del polmone, interventi per	VI
Pericardiectomia parziale	IV
Pericardiectomia totale	V
Pericardiocentesi	I
Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)	VI
Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)	VII
Trapianto cardiaco	VII
Valvuloplastica chirurgica	VI
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	
Ablazione transcateretere	IV
Angioplastica coronarica singola/multipla con o senza applicazione di Stent	IV
Biopsia endomiocardica	II
Cateterismo destro e sinistro, e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	III
Coronarografia circolo nativo + ev. studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	III
Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocatereteri e programmazione elettronica del pace maker (incluso costo del pace maker)	VI
Pace maker, impianto temporaneo e relativo espianto (come unico intervento)	II
Sostituzione generatore pace maker definitivo	II
Studio elettrofisiologico endocavitario	II
Valvuloplastica cardiaca	IV
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	
Ascesso mammario, incisione del	I
Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate	V
Mastectomia semplice con eventuale linfadenectomia	IV
Mastectomia sottocutanea	IV
Noduli e/o cisti benigne, asportazione di	II
Posizionamento punto di repere per noduli non palpabili	I
Quadrantectomia con linfadenectomie associate	V
Quadrantectomia senza linfadenectomie associate	IV
CHIRURGIA DELLA MANO	
Amputazioni carpali	II
Amputazioni falangee	II
Amputazioni metacarpali	II
Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	III
Artrodesi carpale	IV
Artrodesi metacarpo falangea e/o interfalangea	III
Artroplastica	IV
Artroprotesi carpale	V
Artroprotesi metacarpo falangea e/o interfalangea	V
Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	III
Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	IV
Lesioni tendinee, intervento per	II
Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per	III
Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di Quervain, tenosinoviti	III
Osteotomie (come unico intervento)	III
Pseudoartrosi delle ossa lunghe, intervento per	III
Pseudoartrosi dello scafoide carpale, intervento per	III
Retrazioni ischemiche, intervento per	V



ALLEGATO CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia	VI
Rigidità delle dita	III
Sindromi canicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, etc)	III
Sinovialectomia (come unico intervento)	III
Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	VI
CHIRURGIA DEL COLLO	
Ascessi, favi, flemmoni e drenaggio di	I
Biopsia prescalenica	I
Fistola esofago-tracheale, intervento per	V
Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplastiche benigne	III
Ghiandola sottomascellare, asportazione per tumori maligni	IV
Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	IV
Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	IV
Linfoadenectomia sopraclaveare	III
Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico	I
Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle	V
Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	III
Tiroide, lobectomie	IV
Tiroidectomia per gozzo intratoracico sia per via cervicale che per via sternotomica o toracotomia	V
Tiroidectomia subtotale	IV
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale	VI
Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale	V
Tracheotomia, chiusura e plastica	II
Tracheotomia con tracheostomia sia d'urgenza che di elezione	III
Tubo laringo-tracheale, intervento per ferite del	IV
Tumore maligno del collo, asportazione di	IV
CHIRURGIA DELL'ESOFAGO	
Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	IV
Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	V
Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfoadenectomia	VI
Esofago, resezione parziale dell'	VI
Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfoadenectomia	VI
Esofagogastroduodenoscopia operativa	II
Esofagogastroplastica-esofagodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)	V
Esofagostomia	III
Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica	IV
Protesi endo-esofagee, collocazione di	II
Stenosi benigne dell'esofago, interventi per	V
Stenosi esofagee, trattamento endoscopico con laser (per seduta)	I
Varici esofagee: emostasi con sonda tamponante o sclero terapia endoscopica	II
Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale	V
CHIRURGIA DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	
Agobiopsia/agoaspirato	I
Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	VI
Biopsia epatica (come unico intervento)	II
Calcolosi intraepatica, intervento per	V
Cisti o ascessi epatici da echinococco, pericistectomia	V
Colecistectomia	IV
Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia	IV
Colecistectomia per neoplasie non resecabili	IV
Coledoco-epatico-digiuno/duodenostomia con o senza colecistectomia	V
Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)	V
Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia	IV
Deconnessione azygos-portale per via addominale	V
Drenaggio bilio-digestivo intraepatico	IV
Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica	II
Litotripsia per calcoli delle vie biliari principale ed accessoria (trattamento completo)	V
Papilla di Vater, exeresi	IV
Papillostomia, per via transduodenale (come unico intervento)	IV
Papillotomia, per via endoscopica	III
Resezioni epatiche maggiori	VI
Resezioni epatiche minori	V
Trapianto di fegato	VII
Vie biliari, interventi palliativi	V



CHIRURGIA DELL'INTESTINO	
Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	IV
Appendicectomia con peritonite diffusa	IV
Appendicectomia semplice	III
Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	III
Ascesso perianale, intervento per	III
By-pass gastro-intestinali o intestinali per patologie maligne	VI
By-pass intestinali per il trattamento obesità patologica	V
Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per	III
Colectomia segmentaria	V
Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia	V
Colectomia totale	V
Colectomia totale con linfadenectomia	VI
Colectomia con colorrafia (come unico intervento)	IV
Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	III
Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)	IV
Corpi estranei dal retto, estrazione per via addominale di	IV
Corpi estranei, estrazione con sfinterotomia di	II
Digiunostomia (come unico intervento)	III
Diverticoli di Meckel, resezione di	III
Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	III
Emicolectomia destra con linfadenectomia	V
Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Emorroidi e/o ragadi, criochirurgia (trattamento completo)	II
Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per	III
Emorroidi e/o ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
Emorroidi, intervento chirurgico radicale	III
Emorroidi, legatura elastica delle (trattamento completo)	II
Enterostomia (come unico intervento)	IV
Fistola anale extrasfinterica	III
Fistola anale intrasfinterica	II
Fistole anali, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
Hartmann, intervento di	VI
Ileostomia (come unico intervento)	IV
Incontinenza anale, intervento per	IV
Intestino, resezione dell'	V
Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	IV
Megacolon: colostomia	III
Mikulicz, estrinsecazione sec.	III
Pan-colonscopia operativa	II
Polipectomia per via laparoscopica	III
Polipo rettale, asportazione di	II
Procto-colectomia totale con pouch ileale	VI
Prolasso rettale, intervento transanale per	III
Prolasso rettale, per via addominale, intervento per	IV
Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	III
Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, con linfadenectomia inguinale bilaterale	VI
Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del	VI
Rettosigmoidoscopia operativa	I
Sfinterotomia (come unico intervento)	I
Sigma, miotomia del	V
Tumore del retto, asportazione per via sacrale di	V
Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per	V

CHIRURGIA DEL PANCREAS	
Agobiopsia/agoaspirato pancreas	I
Ascessi pancreatici, drenaggio di	III
Biopsia (come unico intervento)	II
Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	V
Derivazione pancreatico-Wirsung digestive	V
Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia	VI
Fistola pancreatica, intervento per	VI
Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)	V
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	VI
Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia	VI
Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)	VI
Pancreatite acuta, interventi conservativi	V



ALLEGATO CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

Pancreatite acuta, interventi demolitivi	VI
Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	V
Splenectomia	V
Trapianto del pancreas	VII

CHIRURGIA DELLA PARETE ADDOMINALE

Cisti, ematomi, ascessi, flemmoni parete addominale	I
Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per	III
Ernia crurale semplice o recidiva	II
Ernia crurale strozzata	III
Ernia diaframmatica	V
Ernia epigastrica semplice, strozzata o recidiva	III
Ernia inguinale con ectopia testicolare	III
Ernia inguinale semplice, strozzata o recidiva	III
Ernia ombelicale semplice o recidiva	III
Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perineale)	IV
Laparocoele, intervento per	IV
Linfoadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	IV
Linfoadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	III
Tumore maligno della parete addominale, asportazione di	III

CHIRURGIA DEL PERITONEO

Ascesso del Douglas, drenaggio	III
Ascesso sub-frenico, drenaggio	IV
Laparoscopia esplorativa/diagnostica/operativa	II
Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi	V
Laparotomia con resezione intestinale	V
Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili	IV
Laparotomia per contusioni e ferite all'addome senza lesioni di organi interni	IV
Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedano exeresi	V
Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	V
Laparotomia per peritonite diffusa	IV
Laparotomia per peritonite saccata	IV
Laparotomia semplice (esplorativa e/o lisi aderenze)	IV
Lavaggio peritoneale diagnostico	I
Occlusione intestinale con resezione	V
Occlusione intestinale senza resezione	IV
Paracentesi	I
Tumore retroperitoneale, exeresi di	V

CHIRURGIA PICCOLI INTERVENTI

Accesso periferico per posizionamento di catetere venoso	I
Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo casi descritti	I
Ascesso o flemmone diffuso, sottoaponeurotico, superficiale o circoscritto incisione di	I
Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti	I
Cisti sinoviale, asportazione radicale di	I
Cisti tronco/arti, asportazione di	I
Corpo estraneo superficiale o profondo extracavitario, estrazione di	I
Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del	I
Ematoma superficiale, profondi extracavitari svuotamento di	I
Espianto di catetere peritoneale	I
Ferita superficiale o profonda della faccia, sutura di	I
Ferita superficiale o profonda, sutura di	I
Fistola artero-venosa periferica, preparazione di	I
Impianto chirurgico di catetere peritoneale	I
Patereccio superficiale, profondo o osseo, intervento per	II
Posizionamento percutaneo di catetere venoso centrale (come unica prestazione)	I
Tumore profondo extracavitario, asportazione di	II
Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di	II
Tumore superficiale o sottocutaneo benigno, asportazione di	I
Unghia incarnita, asportazione o cura radicale di	I

CHIRURGIA DELLO STOMACO

Dumping syndrome, interventi di riconversione per	V
Ernia jatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)	IV
Fistola gastro-digiuno colica, intervento per	VI
Gastrectomia totale con linfoadenectomia	VI
Gastrectomia totale per patologia benigna	V
Gastro-enterostomia per neoplasie non resecabili	IV



ALLEGATO CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

Gastrostomia (PEG)	III
Piloroplastica (come unico intervento)	IV
Resezione gastro-duodenale	V
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	V
Vagotomia selettiva, tronculare con piloroplastica	V
Vagotomia superselettiva	V
CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE	
Calcolo salivare, asportazione di	II
Cisti del mascellare, operazione per	II
Cisti, mucose, piccole neoplasie benigne: della lingua o delle guance o del labbro o del pavimento orale (asportazione di)	I
Condilectomia (come unico intervento)	III
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale	V
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale	IV
Corpi estranei profondi dei tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di	II
Fissazione con ferule di elementi dentali lussati (per arcata)	I
Fistola del dotto di Stenone, intervento per	II
Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle	III
Formazioni cistiche endoparotidiche, enucleoresezione di	IV
Fornice gengivale superiore o inferiore, plastica del	II
Fossa pterigo-mascellare, chirurgia della	VI
Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	IV
Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle	IV
Fratture mandibolari, riduzione con ferule	II
Frenulotomia con frenuloplastica superiore ed inferiore	I
Linfoangioma cistico del collo, intervento per	IV
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare	V
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale	VI
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	IV
Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia	II
Lussazione mandibolare, terapia chirurgica per	III
Mandibola, resezione parziale per neoplasia della	V
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del	V
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	VI
Meniscectomia dell'articolazione temporo-mandibolare (come unico intervento)	III
Neoformazione endossea di grandi dimensioni exeresi di	III
Neoformazione endossee di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, torus palatino e mandibolare) exeresi di	II
Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	V
Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	III
Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di	II
Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di	I
Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per	V
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per	IV
Parotidectomia parziale o totale	V
Plastica di fistola palatina	III
Plastiche mucose per comunicazioni oro-antrali	II
Ranula, asportazione di	II
Ricostruzione con innesti ossei, con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	V
Scappucciamento osteo-mucoso dente semincluso	I
Seno mascellare, apertura per processo alveolare	II
Tumori benigni o misti della parotide, enucleazione di	IV
CHIRURGIA PEDIATRICA	
Asportazione tumore di Wilms	VI
Cefaloematoma, aspirazione di	I
Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene) intervento per	VI
Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale	V
Granuloma ombelicale, cauterizzazione	I
Neuroblastoma addominale, endotoracico o pelvico	VI
Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)	VI
Occlusione intestinale del neonato, con o senza resezione intestinale	V
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice	III
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva	VI
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz	VI
Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del	V
Retto, prolasso con cerchiaggio anale del	II
Retto, prolasso con operazione addominale del	V



CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	
Allestimento di lembo peduncolato	II
Angiomi del viso di grandi dimensioni (oltre cm. 4), intervento per	III
Angiomi del viso di piccole dimensioni (meno di cm. 4), intervento per	II
Angiomi di tronco e arti di grandi dimensioni (oltre cm. 7), intervento per	II
Angiomi di tronco e arti di piccole/medie dimensioni (meno di cm. 7), intervento per	I
Cheloidi di grandi dimensioni, asportazione di	II
Cheloidi di piccole dimensioni, asportazione di	I
Cicatrici del viso, del tronco o degli arti, qualsiasi dimensione, correzione di	II
Innesti composti	II
Innesto dermo epidermico o dermo adiposo o cutaneo libero o di mucosa	II
Innesto di fascia lata	II
Innesto di nervo, di tendine, osseo o cartilagineo	III
Intervento di push-back e faringoplastica	IV
Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva delle	III
Modellamento di lembo in situ	II
Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	III
Plastica a Z del volto o altra sede	II
Plastica V/Y, Y/V	II
Retrazione cicatriziale delle dita con innesto, intervento per	IV
Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto, intervento per	III
Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	V
Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale	IV
Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea	III
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	III
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	II
Riparazione di P.S.C. con lembo fasciocutaneo	III
Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo	IV
Riparazione di P.S.C. o di esiti cicatriziali mediante espansione tissutale	III
Toilette di ustioni di grandi dimensioni (prestazione ambulatoriale)	I
Toilette di ustioni di piccole dimensioni (prestazione ambulatoriale)	I
Trasferimento di lembo libero microvascolare	V
Trasferimento di lembo peduncolato	II
Tumori maligni profondi del viso, asportazione di	III
Tumori maligni superficiali del viso, intervento per	II
Tumori superficiali o cisti benigne del viso, intervento per	I
CHIRURGIA TORACO-POLMONARE	
Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa	I
Ascessi, interventi per	IV
Bilobectomie, intervento di	VI
Biopsia laterocervicale	I
Biopsia sopraclavare	I
Broncoinstillazione endoscopica	II
Cisti (echinococco od altre), asportazione di	V
Decorticazione pleuro-polmonare, intervento di	V
Drenaggi di mediastiniti acute o croniche o di accessi	II
Drenaggio cavità empiematiche	II
Drenaggio pleurico per emo e/o pneumotorace traumatico	II
Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	I
Enfisema bollosa, trattamento chirurgico	IV
Ernie diaframmatiche traumatiche	V
Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	V
Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	III
Ferite con lesioni viscerali del torace	V
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	VI
Fistole esofago bronchiali, interventi di	VI
Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	III
Lavaggio bronco-alveolare endoscopico	I
Lavaggio pleurico	I
Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)	V
Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	IV
Mediastinoscopia diagnostica o operativa	II
Mediastinoscopia soprasternale per enfisema mediastinico	II
Neoformazioni costali localizzate	II
Neoformazioni del diaframma	IV
Neoformazioni della trachea	III
Neoplasie maligne coste e/o sterno	IV



ALLEGATO CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

Neoplasie maligne della trachea	VI
Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino	VI
Pleurectomie	V
Pleuropneumectomia	VI
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	III
Pneumectomia, intervento di	VI
Pneumotorace terapeutico	I
Puntato sternale o midollare	I
Puntura esplorativa del polmone	I
Relaxatio diaframmatica	V
Resezione bronchiale con reimpianto	VI
Resezione di costa soprannumeraria	V
Resezione segmentaria o lobectomia	V
Resezioni segmentarie tipiche o atipiche	V
Sindromi stretto toracico superiore	V
Timectomia	V
Toracentesi	I
Toracoplastica, primo tempo	V
Toracoplastica, secondo tempo	III
Toracosopia	II
Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	IV
Tracheo-broncoscopia esplorativa	II
Tracheo-broncoscopia operativa	III
Trapianto di polmone	VII

CHIRURGIA VASCOLARE

Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto	VI
Aneurismi arterie distali degli arti	IV
Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronco sovraortici	V
Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	V
By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale	V
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavia	V
By-pass arterie periferiche:femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo	V
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	V
Fasciotomia decompressiva	IV
Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	I
Legatura e/o sutura di grossi vasi:aorta-cava-iliaca	II
Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omerale-mammaria interna-brachiale-ascellare-glutea-carotide-vertebrale-succlavia-anonima	IV
Legatura e/o sutura di piccoli vasi: tibiali-linguale-tiroidea-mascellare-temporale-facciale-radiale-cubitali-arcate palmari/pedidie	II
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche (CHIVA)	III
Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	III
Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale	VI
Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendoarteriectomia e plastica arteria femorale	V
Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Varicectomia con o senza legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	II

CHIRURGIA DERMATOLOGICA, CRIOTERAPIA, LASER

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

GASTROENTEROLOGIA

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

GINECOLOGIA

Adesiolisi	IV
Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde	I
Annessiectomia bilaterale, interventi conservativi di	V
Annessiectomia bilaterale, interventi demolitivi di	V
Annessiectomia monolaterale, interventi conservativi di	IV
Annessiectomia monolaterale, interventi demolitivi di	IV
Ascessi delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di	I
Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di	III



ALLEGATO CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

Ascesso pelvico, trattamento chirurgico	II
Biopsia della portio, vulva, vagina, endometrio	I
Cisti della ghiandola del Bartolini, asportazione di	III
Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	IV
Cisti vaginale, asportazione di	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	III
Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purulente	II
Conizzazione e tracheloplastica	III
Denervazione vulvare	II
Diatermocoagulazione della portio uterina o vulva	I
Dilatazione del collo e applicazione di tubetto di Petit-Leufour endouterino	I
Eviscerazione pelvica	VI
Fistole uterili, vescico-vaginale, retto-vaginale, intervento per	V
Incontinenza uterina, intervento per via vaginale o addominale	V
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con o senza linfoadenectomia	V
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparoscopica o per via vaginale, intervento di	IV
Isteropessi	IV
Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsie (come unico esame)	I
Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per	III
Isteroscopia operativa: corpi estranei, rimozione di	I
Isteroscopia operativa: sinechie-setti-fibromi-polipi, intervento per	II
Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie	II
Laparotomia esplorativa (come unico intervento)	II
Laparotomia esplorativa con linfoadenectomia lombo pelvica selettiva e biptica	V
Laparotomia per ferite e rotture dell'utero	V
Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta)	I
Linfoadenectomia laparoscopica (come unico intervento)	IV
Metroplastica (come unico intervento)	IV
Miomectomie per via laparoscopica e ricostruzione plastica dell'utero	IV
Miomectomie per via vaginale	III
Neoformazioni della vulva, asportazione	I
Neurectomia semplice	IV
Plastica con allargamento dell'introito (compreso intervento per vaginismo)	III
Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di	IV
Plastica vaginale anteriore o posteriore, intervento di	III
Polipi cervicali, asportazione di	I
Polipi orifizio uretrale esterno	I
Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addomianle o vaginale	IV
Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di	II
Raschiamento endouterino diagnostico e terapeutico	II
Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	IV
Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale	III
Salpingectomia bilaterale	IV
Salpingectomia monolaterale	IV
Salpingoplastica	V
Setto vaginale, asportazione chirurgica	II
Tracheloplastica (come unico intervento)	II
Trattamento chirurgico conservativo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	V
Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico conservativo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Tumori maligni vaginali con linfoadenectomia, intervento radicale per	V
Tumori maligni vaginali senza linfoadenectomia, intervento radicale per	IV
V.A.B.R.A. a scopo diagnostico	I
Vulvectomia parziale	III
Vulvectomia parziale con linfoadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	IV
Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	VI
Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di	IV
Vulvectomia totale	IV
OSTETRICIA	
Aborto terapeutico	II
Amniocentesi	II



ALLEGATO CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

Assistenza al parto con taglio cesareo conservativo o demolitivo (comprensiva della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero)	IV
Biopsia villi coriali	II
Cerchiaggio cervicale	II
Colpoperineorrafia per deiscenza sutura, intervento di	I
Cordocentesi	II
Fetoscopia	II
Lacerazione cervicale, sutura di	I
Laparotomia esplorativa	II
Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore	V
Mastite puerperale, trattamento chirurgico	I
Revisione delle vie del parto, intervento per	II
Revisione di cavità uterina per aborto in atto-postabortivo-in puerperio, intervento	II
Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica, intervento di	IV

NEUROCHIRURGIA	
Anastomosi vasi intra-extra cranici	VI
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per	VI
Carotide endocranica, legatura della	V
Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni	VI
Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolarie varie, interventi di	VI
Corpo estraneo intracranico, asportazione di	VI
Cranioplastica	VI
Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo	V
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali o ematoma extradurale	VI
Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	VII
Deviazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per	VI
Epilessia focale, intervento per	VI
Ernia del disco dorsale o lombare	IV
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica	V
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	IV
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	V
Fistola liquorale	VI
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	V
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	VI
Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	VI
Gangliectomia lombare o splanchniectomia	V
Ipfisi, intervento per via transfenoidale	VI
Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali	V
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari	VI
Laminectomia per tumori intramidollari	VI
Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di	VII
Neoplasie endorachidee, asportazione di	V
Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	VI
Neurolisi (come unico intervento)	III
Neuroraffia primaria (come unico intervento)	III
Neurotomia retrogasseriana, sezione entracranica di altri nervi (come unico intervento)	VI
Neurotomia semplice (come unico intervento)	III
Plastica volta cranica	VI
Plesso brachiale, intervento sul	V
Puntura sottoccipitale per prelievo liquore o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto	I
Registrazione continua della pressione intracranica	I
Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche	VI
Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica (compresa eventuale plastica)	VI
Simpatico cervicale: denervazione del seno catotideo, intervento sul	IV
Simpatico cervicale gangliectomia, intervento sul	IV
Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul	IV
Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul	IV
Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi slancnici	V
Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul	IV
Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul	IV
Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul	III
Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul	IV
Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul	IV
Simpatico lombare: splanchniectomia, intervento sul	IV
Stenosi vertebrale lombare	V
Stereotassi, intervento di	V
Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici	III



ALLEGATO CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

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

OCULISTICA	
<u>BULBO OCULARE</u>	
Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	III
Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	V
Enucleazione con innesto protesi mobile	IV
Enucleazione o exenteratio	III
Eviscerazione con impianto intraoculare	IV
<u>CONGIUNTIVA</u>	
Corpi estranei, asportazione di	I
Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto	II
Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento	II
Piccole cisti, sutura con innesto placentare	I
Plastica congiuntivale per innesto o scorrimento	II
Pterigio o pinguecola	I
Sutura di ferita congiuntivale	I
<u>CORNEA</u>	
Cheratomileusi	III
Cheratoplastica a tutto spessore	IV
Cheratoplastica lamellare	III
Cheratoplastica refrattiva (escluse finalità estetiche)	II
Corpi estranei dalla cornea (estrazione di)	I
Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	III
Epicheratoplastica	IV
Lenticolo biologico, apposizione a scopo terapeutico	I
Odontocheratoprosi (trattamento completo)	IV
Paracentesi della camera anteriore	I
Sutura corneale (come unico intervento)	I
Trapianto corneale a tutto spessore	VI
Trapianto corneale lamellare	V
<u>CRISTALLINO</u>	
Aspirazione di masse catarattose (come unico intervento)	III
Cataratta (senile, traumatica, patologica, complicata), estrazione di	III
Cataratta congenita o traumatica, discissione di	II
Cataratta molle, intervento per	III
Cataratta secondaria, discissione di	I
Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	III
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera anteriore	II
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore	III
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera anteriore (come unico intervento)	II
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento)	III
Cristallino lussato-cataratta complicata, estrazione di	III
Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala)	III
Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	III
<u>IRIDE</u>	
Cisti iridee, asportazione e plastica di	II
Iridectomia	II
Irido-dialisi, intervento per	II
Iridoplastica	II
Iridotomia	II
Prolasso irideo, riduzione	II
Sinechiotomia	II
Sutura dell'iride	II
<u>MUSCOLI</u>	
Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento di	II
Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento di	III
Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche)	III
Strabismo paralitico, intervento per	III



<u>INTERVENTI PER GLAUCOMA</u>	
Alcolizzazione nervo cigliare, intervento per	I
Ciclodialisi	III
Ciclotermia perforante	II
Goniotomia	III
Idrocicloretrazione, intervento di	IV
Microchirurgia dell'angolo camerulare	IV
Operazione fistolizzante	IV
Trabeculectomia	IV
Trabeculectomia + asportazione cataratta - intervento combinato	IV
Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale - intervento combinato	V
Trabeculotomia	III
<u>ORBITA</u>	
Biopsia orbitaria	II
Cavità orbitaria, plastica per	III
Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	III
Corpi estranei endoorbitali, asportazione di	II
Exenteratio orbitale	IV
Iniezione endorbitale	I
Operazione di Kronlein od orbitotomia	VI
Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	III
<u>PALPEBRE</u>	
Ascesso palpebrale, incisione di	I
Blefarocalasi o traumi o ferite, intervento di blefaroplastica: 1 palpebra	II
Calazio	II
Cantoplastica	II
Entropion-ectropion	II
Epicanto-coloboma	II
Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: 1 palpebra (escluse finalità estetiche)	I
Ernie palpebrali, correzione di (escluse finalità estetiche)	I
Piccoli tumori o cisti, asportazione di	I
Riapertura di anchiloblefaron	I
Sutura cute palpebrale (come unico intervento)	I
Sutura per ferite a tutto spessore (come unico intervento)	I
Tarsorrafia (come unico intervento)	I
Tumori, asportazione con plastica per innesto	III
Tumori, asportazione con plastica per scorrimento	II
<u>RETINA</u>	
Asportazione, cerchiaggio, rimozione materiali usati durante l'intervento di distacco	II
Diatermocoagulazione retinica per distacco	III
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	IV
Vitrectomia anteriore e posteriore	V
<u>SCLERA</u>	
Sclerectomia (come unico intervento)	IV
Sutura sclerale	II
<u>SOPRACCIGLIO</u>	
Cisti o corpi estranei, asportazione di	I
Elevazione del sopracciglio, intervento per	II
Plastica per innesto o per scorrimento	II
Sutura ferite	I
<u>TRATTAMENTI LASER</u>	
Laserchirurgia della cornea a scopo terapeutico o ottico (escluse finalità estetiche)	II
Laserterapia degli annessi, della congiuntiva, dei neovascolari	I
Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze	I
Laserterapia delle vasculopatie e/o malformazioni retiniche /a seduta)	I
Laserterapia iridea	I
Laserterapia lesioni retiniche	I
Laserterapia nella retinopatia diabetica (per seduta)	I
Trattamenti laser per cataratta secondaria	I
<u>VIE LACRIMALI</u>	
Chiusura del puntino lacrimale (compresa eventuale protesi)	I
Dicriocistorinostomia o intubazione	III
Fistola, asportazione	I
Flemmone, incisione di (come unico intervento)	I
Impianto tubi di silicone nelle stenosi delle vie lacrimali	I
Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del	II



Sacco lacrimale, incisione di (come unico intervento)	I
Stricturotomia (come unico intervento)	I
Vie lacrimali, ricostruzione	III

ORTOPEDIA - INTERVENTI CRUENTI	
Acromioplastica anteriore	IV
Agoaspirato osseo	I
Alluce valgo correzione di	III
Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	V
Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)	IV
Amputazione medi segmenti (trattamento completo)	III
Amputazione piccoli segmenti (trattamento completo)	II
Artrodesi vertebrale per via anteriore e/o posteriore	VI
Artrodesi: grandi articolazioni	IV
Artrodesi: medie articolazioni	II
Artrodesi: piccole articolazioni	II
Artroli: grandi	III
Artroli: medie	II
Artroli: piccole	II
Artroplastiche con materiale biologico: grandi	V
Artroplastiche con materiale biologico: medie	III
Artroplastiche con materiale biologico: piccole	II
Artroprotesi polso	V
Artroprotesi spalla, parziale	VI
Artroprotesi spalla, totale	VI
Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)	VI
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)	VI
Artroprotesi: ginocchio	VI
Artroprotesi: gomito, tibiotarsica	VI
Artroscopia diagnostica (come unico intervento)	II
Ascesso freddo, drenaggio di	I
Biopsia articolare o ossea	I
Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali	III
Biopsia vertebrale a cielo aperto	II
Borsectomia	II
Calcaneo stop	III
Chemonucleolisi per ernia discale	IV
Cisti meniscale, asportazione di	III
Condrectomia	I
Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	III
Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per	V
Costruzione di monconi cinematici	IV
Disarticolazione interscapolo toracica	VI
Disarticolazioni, grandi	VI
Disarticolazioni, medie	V
Disarticolazioni, piccole	III
Elsmie-Trillat, intervento di	III
Emipelvectomia	VI
Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto	VI
Epifisiodesi	IV
Ernia del disco dorsale o lombare	IV
Ernia del disco dorsale per via transtoracica	V
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	IV
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	V
Esostosi semplice, asportazione di	II
Frattura esposta, pulizia chirurgica di	II
Lateral release	I
Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	IV
Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di	IV
Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia)	IV
Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per	IV
Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	III
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili (trattamento completo)	IV
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili + condroabrasione (trattamento completo)	IV
Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)	III
Midollo osseo, espianto di	II
Neurinomi, trattamento chirurgico di	III
Nucleoaspirazione e/o nucleolisi lombare	IV



ALLEGATO CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	IV
Osteosintesi vertebrale	VI
Osteosintesi: grandi segmenti	V
Osteosintesi: medi segmenti	IV
Osteosintesi: piccoli segmenti	III
Osteotomia semplice o complessa (bacino, vertebrale, ect.)	III
Perforazione alla Boeck	I
Prelievo di trapianto osseo con innesto	III
Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	V
Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	IV
Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	III
Puntato tibiale o iliaco	I
Radio distale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	V
Riempimenti di arto o suo segmento	VII
Resezione articolare	IV
Resezione del sacro	V
Riallineamento metatarsale	IV
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale	VI
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni	IV
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di medie e piccole articolazioni	II
Rimozione mezzi di sintesi	III
Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione	IV
Scapulopessi	IV
Scoliosi, intervento per	VI
Sinoviectomia grandi e medie articolazioni (come unico intervento)	VI
Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)	II
Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg	VI
Stenosi vertebrale lombare	V
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento	V
Tetto cotiloideo, ricostruzione di	V
Toilette chirurgica e piccole suture	I
Traslazione muscoli cuffia rotatori della spalla	IV
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	V
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	IV
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di	II
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di	VI
Uncoforaminotomia o vertebrotonomia (trattamento completo)	VI
Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche di	V

ORTOPEDIA - TENDINI, MUSCOLI, FASCE

Biopsia muscolare	I
Deformità ad asola	IV
Dito a martello	II
Gangli tendinei (cisti) e/o iatrogeni, asportazione di	II
Tenolisi (come unico intervento)	II
Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	III
Tenorrafia complessa	III
Tenorrafia semplice	II
Tenotomia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)	III
Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	IV

OTORINOLARINGOIATRIA

<u>FARINGE - CAVO ORALE - OROFARINGE - GHIANDOLE SALIVARI</u>	
Ascesso peritonsillare, retrofaringeo o latero faringeo, incisione di	I
Leucoplachia, asportazione	I
Neoplasie parafaringee	V
Tonsillectomia	III
Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di	II
Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	IV
Ugulotomia	I
Velofaringoplastica	IV
<u>NASO E SENI PARANASALI</u>	
Adenoidectomia	II
Adenotonsillectomia	III
Cateterismo seno frontale	I
Cisti o piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di	I
Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	III



ALLEGATO CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

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



ALLEGATO CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	IV
Laringectomia parziale	V
Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	VI
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale	VI
Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	V
Laringocele	IV
Laringofaringectomia totale	VI
Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia	II
Neoformazioni benigne, asportazione in microlaringoscopia	II
Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	II
Nervo laringeo superiore, alcoolizzazione del	I
Papilloma laringeo	II
Pericondrite ed ascesso perifaringeo	II
UROLOGIA	
<u>ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA</u>	
Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento)	II
Cistoscopia ed eventuale biopsia	II
Cromocistoscopia e cateterismo uretrale mono o bilaterale	I
Cromocistoscopia e valutazione funzionale	I
Ureteroscopia (omnicomprensiva)	I
Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico)	I
<u>ENDOSCOPIA OPERATIVA</u>	
Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	III
Collo vescicale o prostata, resezione endoscopica del	IV
Collo vescicale, resezione per sclerosi, recidiva	II
Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di	II
Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali - per seduta	I
Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	IV
Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, ect.	IV
Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	III
Meatotomia ureterale (come unico intervento)	I
Meatotomia uretrale (come unico intervento)	I
Nefrostomia percutanea bilaterale	III
Nefrostomia percutanea monolaterale	II
Neoformazioni ureterali, resezione endoscopica di	III
Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	IV
Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVP)	IV
Reflusso vescico-ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	III
Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento)	II
Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento)	I
Ureterocele, intervento endoscopico per	III
Uretrotomia endoscopica	II
Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento)	II
Wall Stent per stenosi ureterali compresa nefrostomia	V
Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume)	II
<u>PICCOLI INTERVENTI E DIAGNOSTICA UROLOGICA</u>	
Cambio tubo cistostomico	I
Cambio tubo pielostomico	I
<u>PROSTATA</u>	
Agoaspirato/agobiopsia prostata	I
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)	VI
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	IV
<u>RENE</u>	
Agobiopsia renale percutanea	I
Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)	III
Cisti renale per via percutanea, puntura di	I
Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti	I
Cisti renale, resezione	III
Eminefrectomia	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale bilaterale (trattamento completo)	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale monolaterale (trattamento completo)	IV
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
Lobotomia per ascessi pararenali	IV



ALLEGATO CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)	VI
Nefrectomia polare	V
Nefrectomia semplice	V
Nefropessi	IV
Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento)	IV
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	VI
Nefroureterectomia radicale più trattamento per trombo cavale (compresa surrenectomia)	VI
Pielocalicolitotomia (come unico intervento)	IV
Pielocentesi (come unico intervento)	I
Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di	V
Pieloureteroplastica per stenosi del giunto	V
Surrenectomia (trattamento completo)	VI
Trapianto del rene	VII
URETERE	
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
Transuretero-uretero-anastomosi	IV
Uretero-ileo-anastomosi mono o bilaterale	V
Ureterocistoneostomia bilaterale	V
Ureterocistoneostomia monolaterale	III
Ureterocutaneostomia bilaterale	V
Ureterocutaneostomia monolaterale	IV
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (mono o bilaterale), intervento di	VI
Ureteroileocutaneostomia non continente	V
Ureterolisi più omentoplastica	III
Ureterolitotomia lombo-iliaca	IV
Ureterolitotomia pelvica	V
Ureterosigmoidostomia mono o bilaterale	V
Calcoli o corpi estranei uretrali, rimozione di	I
Caruncola uretrale	I
Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per	II
Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell'uretra	III
Fistole uretrali	V
Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	IV
Meatotomia e meatoplastica	II
Polipi del meato, coagulazione di	I
Prolasso mucoso uterale	II
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	IV
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	V
Rottura traumatica dell'uretra	IV
Uretrectomia totale	IV
Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	IV
Uretroplastiche (lembi liberi o pedunculati), trattamento completo	V
Uretrostomia perineale	III
VESCICA	
Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	III
Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	V
Cistectomia parziale semplice	IV
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	VI
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	VI
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	VI
Cistolitotomia (come unico intervento)	II
Cistopessi	III
Cistorrafia per rottura traumatica	III
Cistostomia sovrapubica	II
Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	V
Diverticulectomia	IV
Estrofia vescicale (trattamento completo)	VI
Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per	IV
Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento)	III
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per	VI
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	V
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	V
Vescicoplastica antireflusso	V



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



NORME DI LEGGE RICHIAMATE NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Codice Civile

NUMERO E TESTO ARTICOLI RICHIAMATI:	DOVE:
<p>Art. 1891</p> <p>Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta [963], il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.</p> <p>I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.</p> <p>All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.</p> <p>Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.</p>	<p>• NORME COMUNI</p>
<p>Art. 1892</p> <p>Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave [1893, 1894, 1898].</p> <p>L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.</p> <p>L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.</p> <p>Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.</p>	<p>• NORME COMUNI</p>



<p>Art. 1893</p> <p>Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.</p> <p>Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.</p>	<p>• NORME COMUNI</p>
<p>Art. 1894</p> <p>Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.</p>	<p>• NORME COMUNI</p>
<p>Art. 1898</p> <p>Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato [1892, 1926]. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.</p>	<p>• NORME COMUNI</p>
<p>Art. 1910</p> <p>Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.</p>	<p>• NORME COMUNI</p>
<p>Art. 1913</p> <p>L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.</p>	<p>• COSA FARE IN CASO DI SINISTRO</p>



NUMERI UTILI

Per informazioni in merito alla polizza l'Assicurato può contattare:

- **la banca che ha intermediato la polizza**
- **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.**
 - Numero verde: **800.90.96.50** (per le chiamate dall'Italia o da cellulare);
 - Telefono: 02 5351.1 (per le chiamate dall'estero);
 - Indirizzo email: infoclienti@helvetiaitalia.it.

Per la denuncia di un sinistro riferito all'Assicurazione Sanitaria, l'Assicurato può contattare:

- **l'Intermediario a cui è assegnata la polizza**
- **MyAssistance S.r.l.**
 - Numero verde: **800 400 335** (da rete fissa Italia);
 - e-mail: sinistri.helvetiaitalia@myassistance.it;
 - Telefax: 02.87.18.19.75;
 - Telefono: 0039 02 303 500 001 (da estero o cellulare).

Per la richiesta di fornitura di una prestazione riferita all'Assicurazione Assistenza, l'Assicurato deve contattare:

- **Centrale Operativa di Inter Partner Assistance S.A.**
 - Numero verde: **800.400 335** (da rete fissa Italia);
 - Telefono: +39 02 303 500 001 (da estero o cellulare).

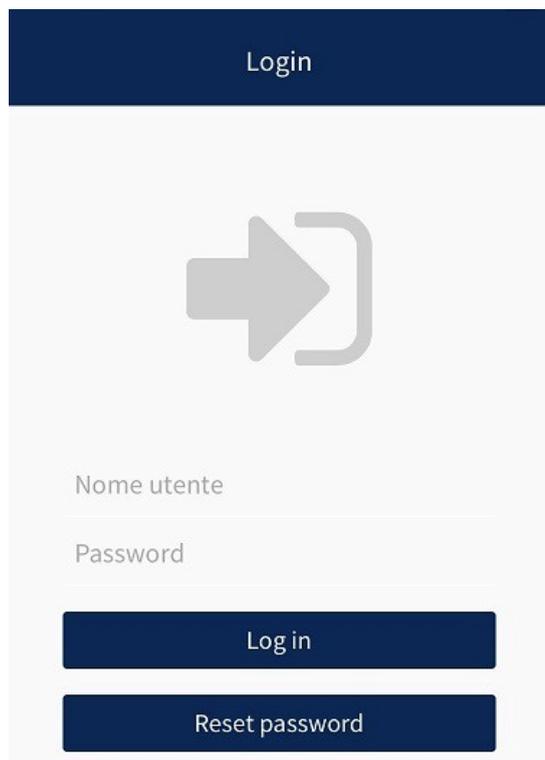


Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
una Società del Gruppo Helvetia

Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
Tel. 02 5351 1 (20 linee)
Fax 02 5351.829
www.helvetiaitalia.it
e-mail pec: helvetiaitalia@pec.helvetia.it

Capitale Sociale € 15.600.000 i.v.
N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano, C.F.02446390581 - R.E.A.
n. 865966 e Partita I.V.A. 07530080154
Imp. Autor. all'eser. delle ass. e riass. con D. di ric. del M. Ind., Comm. ed Artg.
del 20/06/1986 (G. U. n.148 del 28/06/1986) e successive autorizzazioni
Società con Unico Socio
Società soggetta alla Direzione e al Coordinamento di Helvetia Compagnia
Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
Inscr. Albo Imprese di Ass. n. 1.00062
Inscr. Albo Gruppi Ass. n°d'ord. 031

App MyAssistance



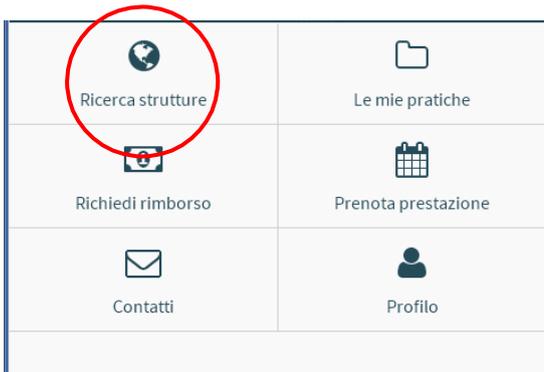
The screenshot shows a mobile application login screen. At the top, there is a dark blue header with the word "Login" in white. Below the header is a large, light gray icon of a right-pointing arrow with a bracket on its right side. Underneath the icon are two input fields: "Nome utente" and "Password". At the bottom of the form are two dark blue buttons: "Log in" and "Reset password".

Una volta scaricata l'app MyAssistance dal Play-store o dal App-Store, avviarla e inserire la propria user ID e Password.

In alternativa accedere mediante un normale browser all'indirizzo: <https://app.myassistance.eu> inserire la propria user ID e Password.

Se necessario sarà possibile richiedere una nuova password che verrà generata tramite un apposito link inviato alla propria casella mail.

Ricerca strutture



Questa schermata permette di vedere l'elenco delle strutture convenzionate con MyAssistance



Utilizzando i menù è possibile scegliere prima la tipologia di struttura desiderata: Casa di cura – Centro diagnostico – Centro odontoiatrico – RSA.

Poi vi permette di scegliere la provincia di ricerca. Il terzo il comune di preferenza.

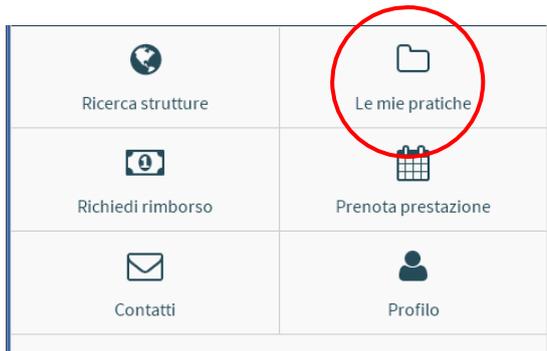
Una volta effettuate le scelte compare l'elenco filtrato delle strutture disponibili ordinato alfabeticamente.



Scegliendo dall'elenco una delle strutture convenzionate e cliccandoci sopra compaiono mappa con geo-localizzazione, contatti della struttura e sito internet.

Cliccando sul numero di telefono, la chiamata verrà effettuata automaticamente.

Le mie pratiche



La schermata dedicata alla visualizzazione dello stato delle proprie pratiche.



1 Visualizza le pratiche di rimborso.

2 Visualizza le richieste di copertura diretta.

3 Permette di scaricare il proprio estratto conto ai fini della dichiarazione dei redditi.



Richiedi rimborso



La schermata permette di inviare alla Centrale Sinistri una richiesta di rimborso.

The 'Rimborsi' form contains the following fields:

- Assicurato:** A dropdown menu highlighted with a red box labeled '1'.
- Cartella clinica:** A file selection button labeled 'Scegli file' and 'Nessun file selezionato', highlighted with a red box labeled '2'.
- Prescrizione medica:** A file selection button labeled 'Scegli file' and 'Nessun file selezionato', highlighted with a red box labeled '3'.
- Fattura:** A file selection button labeled 'Scegli file' and 'Nessun file selezionato', highlighted with a red box labeled '4'.
- Riferimento:** A text input field with the placeholder 'cellulare/mail', highlighted with a red box labeled '5'.
- IBAN:** A text input field highlighted with a red box labeled '6'.

At the bottom of the form is a dark blue button labeled 'INVIA'.

Per effettuare correttamente una richiesta di rimborso è sufficiente completare i campi bianchi ed allegare quindi la documentazione richiesta.

1. Scegliere l'assicurato che ha effettuato la prestazione medica.
2. Allegare cartella clinica o referti.
3. Allegare la prescrizione medica con indicato il sospetto diagnostico o la diagnosi.
4. Allegare la fattura ed eventualmente aggiungere ulteriori fatture legate allo stesso sinistro.
5. Indicare i propri riferimenti per poter essere ricontattati in caso di necessità.
6. Indicare il codice IBAN per effettuare l'accredito del rimborso, sarà sufficiente inserirlo solo la prima volta; successivamente sarà possibile modificarlo al bisogno.

Prenotazione prestazione



La schermata permette di richiedere ed indicare prestazioni da eseguire ed usufruire della forma diretta.



1 segnalare un appuntamento già fissato autonomamente.

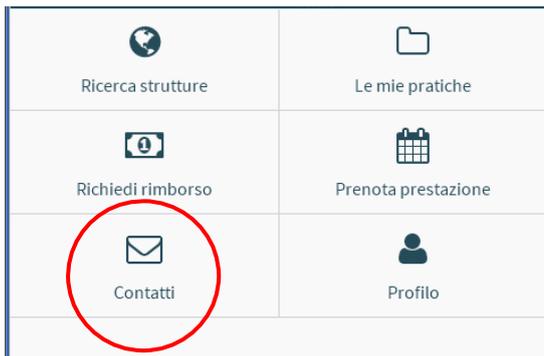
2 fare richiesta di prenotazione tramite la Centrale Operativa MyAssistance.

In entrambi i casi è necessario compilare tutti di dati richiesti ed inviare la richiesta.

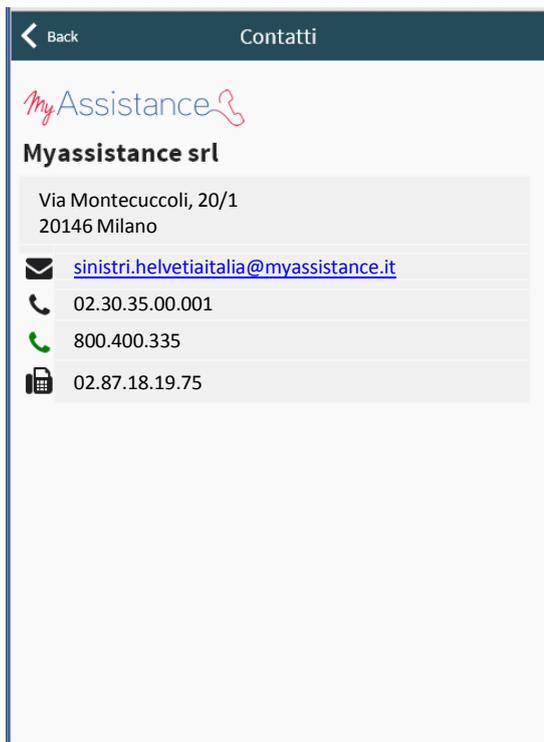
Una volta ricevuta la richiesta, la Centrale Operativa MyAssistance provvederà ad autorizzare la prestazione e a contattarvi per poter organizzare l'appuntamento presso la struttura scelta.

N.B. Per interventi chirurgici e visite occorre verificare che anche il medico scelto aderisca alla convenzione MyAssistance; non tutti i medici infatti aderiscono alle convenzioni stipulate con le strutture sanitarie.

Contatti



Questa schermata fornisce tutti i riferimenti utili di MyAssistance



Dal proprio **smartphone** è possibile cliccare sui vari riferimenti per attivare le chiamate ai numeri telefonici, inviare e-mail e nel caso fosse installata sul telefono l'applicazione fax inviare direttamente un fax.

Dal proprio **PC o MAC** i numeri telefonici sono impostati per essere composti tramite Skype

N.B. La chiamata Skype potrebbe essere a pagamento secondo i propri piani tariffari.

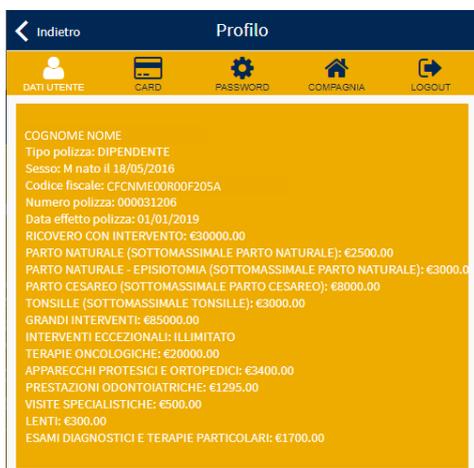
Profilo



Accedendo alla schermata profilo sarà possibile effettuare quattro / cinque differenti azioni



1 Dati Utente: permette di visualizzare i propri dati e i massimali residui:



2 Card: mostra l'immagine della propria card personale da poter mostrare alle strutture a conferma di poter usufruire delle tariffe agevolate MyAssistance.



3 Password: permette di cambiare la propria password.



Indietro Profilo

DATI UTENTE CARD PASSWORD COMPAGNIA LOGOUT

CAMBIO PASSWORD
min 8 - max 15 caratteri

Password precedente vecchia password

Nuova password nuova password

Conferma password conferma password

INVIA

4 Compagnia: compare in automatico nel caso l'assistito abbia più polizze con diverse Compagnie gestite da MyAssistance.

5 Logout: permette di disconnettersi dall'applicazione e tornare alla schermata di accesso.