

Contratto di assicurazione per la tutela della salute

Saramedical

Modello: 80IM **Edizione:** 11/2021

Set Informativo

Il presente Set Informativo contiene:

- DIP – Documento Informativo Precontrattuale
- DIP AGGIUNTIVO - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo
- Condizioni di Assicurazione

Modello: SINF80IM **Edizione:** 11/2021

**Pagina lasciata
intenzionalmente in bianco**

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura una persona fisica contro gli infortuni e malattia.



Che cosa è assicurato?

La Società nei limiti ed alle condizioni espresse in polizza offre un indennizzo in caso di:

- ✓ Intervento chirurgico
- ✓ Degenza, convalescenza e gessatura
- ✓ Malattia Grave

Altre garanzie opzionali:

Rimborso spese pre e post intervento chirurgico

Assistenza (opzionale)

Tutela legale (opzionale)



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV.



Ci sono limiti di copertura?

L'assicurazione non è operante nei casi di :

- ! interventi chirurgici o ricoveri anche in day hospital che siano conseguenza diretta di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto;
- ! aborto volontario non terapeutico;
- ! intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci , ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- ! prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- ! infortuni avvenuti quando l'assicurato sia in stato di ubriachezza o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- ! infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse all'Assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);
- ! suicidio e tentato suicidio
- ! infortuni derivanti:
- ! dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- ! dalla speleologia;
- ! dall'alpinismo;
- ! dallo sci estremo;
- ! terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner o della coppia.
- ! cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici
- ! cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza
- ! prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza); cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti.
- ! cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortunio relativamente a quanto previsto all'art. A.1.2, o a meno che non siano rese necessarie da neoplasie verificatesi successivamente alla stipulazione del contratto; sono escluse in ogni caso le protesi dentarie e gli interventi per epulide
- ! malattie professionali
- ! ricoveri per accertamenti non resi necessari da acuzie clinica
- ! conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni – provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti
- ! conseguenze derivanti da guerre , insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche



Dove vale la copertura?

L'assicurazione è valida per tutto il mondo, fermo restando che gli indennizzi vengono liquidati in Italia ed in valuta avente corso legale in Italia.



Che obblighi ho?

Stipula del contratto - In sede di conclusione del contratto le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c..

Altre assicurazioni - Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 c.c..

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al rilascio della polizza. In caso di conclusione del contratto per il tramite di un intermediario incaricato dalla Compagnia, ovvero alla data di conclusione della stessa mediante tecnica di comunicazione a distanza

Il premio di polizza è annuale o frazionabile: in rate semestrali, con applicazione di un aumento del 4%, o mensilmente (solo in caso di pagamento mediante utilizzo del SDD - Sepa Direct Debit) con applicazione di un aumento del 5%.

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati a Sara assicurazioni spa, oppure intestati all'Agente della Sara Assicurazioni espressamente in tale qualità;
- ordini di bonifico che abbiano quale beneficiario l'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;
- denaro contante per premi di importo entro il limite previsto dalla vigente normativa;
- utilizzo del SDD - Sepa Direct Debit, quale servizio di incasso del credito per premi basato su di un'autorizzazione continuativa conferita dall'Assicurato debitore alla propria Banca di accettare gli ordini di addebito provenienti dalla Società creditrice;
- mezzo di pagamento elettronico ove disponibile presso l'Agenzia.

Il contratto non prevede l'adeguamento automatico (indicizzazione) del premio e delle somme assicurate.

Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta di assicurazione secondo le aliquote attualmente in vigore. I pagamenti elettronici relativi ai premi assicurativi successivi al primo possono anche essere effettuati accedendo all'Area Riservata presente sul sito www.Sara.it utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione. Per il contratto concluso mediante tecnica di comunicazione a distanza, il Premio potrà essere corrisposto con sistema di acquisto via web mediante l'utilizzo di carte di credito Maestro, Visa, American Express e Mastercard, PayPal e Bonifico Online Mybank. Tali modalità di pagamento sono effettuate in condizioni di sicurezza. La polizza verrà successivamente inviata al Contraente secondo le modalità di invio della documentazione contrattuale e pre-contrattuale richieste da quest'ultimo.



Quando inizia la copertura e quando finisce?

Il contratto è concluso con il pagamento del Premio ed entra in vigore alle ore 24 del giorno in cui il pagamento viene effettuato, oppure alle ore 24 del giorno di decorrenza se successivo al pagamento del premio.

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto del contratto per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le altre malattie;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto, sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione;
- del 270° giorno successivo a quello di effetto del contratto per il parto.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio la garanzia è operante con il termine di aspettativa di 30 giorni, solo se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto del contratto.

Il contratto prevede il tacito rinnovo alla scadenza.

Il contratto può avere durata annuale ovvero poliennale con il massimo di anni 5, non rescindibile per la durata contrattuale pattuita, secondo quanto previsto dall'art. 1899 c.c. con riduzione del premio di tariffa per un importo pari a quanto previsto in polizza. Se la durata del contratto è poliennale, il Contraente ha facoltà di recedere dal contratto alla scadenza contrattuale pattuita con preavviso di 30 giorni.

La disdetta avrà effetto dalla fine dell'annualità assicurativa nel corso della quale la facoltà di disdetta è stata esercitata, senza oneri a carico dell'Assicurato.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle parti mediante lettera raccomandata, entro il termine di almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, c.c..

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; la Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa la periodo di rischio non corso.

Non è prevista la disdetta per sinistro da parte della Società. Nel caso di conclusione del contratto mediante tecnica di comunicazione a distanza, il Contraente potrà recedere dalla polizza nei 14 (quattordici) giorni successivi alla sua conclusione, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 67- duodecies del Codice del Consumo, ricevendo in restituzione il Premio corrisposto e non goduto, al netto delle imposte e del contributo al SSN, ove previsto.

Assicurazione Malattia

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

Impresa: Sara Assicurazioni Spa



Prodotto: Saramedical

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 19/11/2021 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.

Sara Assicurazioni Spa, assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club di Italia, Capogruppo del gruppo assicurativo SARA, con sede legale in Italia in Via Po n° 20, 00198 ROMA, è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con DMICA del 26/8/1925 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 201 del 31/8/1925. Iscrizione all'Albo delle imprese assicurative n° 1.00018. Società del Gruppo ACI. Tel. +39 06 8475.1 - FAX +39 06 8475223 - Sito Internet: www.sara.it - Indirizzo e-mail: info@sara.it - PEC: saraassicurazioni@sara.telecompost.it

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono dati inerenti l'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2020

- Patrimonio netto: euro **708.608.620,00**
- Capitale sociale: euro **54.675.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **653.933.620,00**

Le informazioni che seguono sono dati inerenti la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa (www.sara.it)

- Requisito patrimoniale di Solvibilità: euro **283.552.756,21**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **127.598.740,29**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **852.980.870,37**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **300,82** (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Indennità Interventi Chirurgici	<p>La Società in caso di intervento chirurgico (anche in day hospital od ambulatoriale) reso necessario da infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza, corrisponde un indennizzo determinato con i criteri riportati nelle Condizioni di polizza.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Rimborso spese pre e post intervento chirurgico	<p>La Società provvede al rimborso delle spese, inerenti l'intervento chirurgico, sostenute dall'Assicurato nei 120 giorni precedenti all'intervento (per esami diagnostici e visite specialistiche) e nei 120 giorni successivi all'intervento chirurgico (per prestazioni mediche, esami diagnostici e visite specialistiche).</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Indennità di degenza, convalescenza, gessatura e day hospital	<p>La Società si obbliga a corrispondere un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero (anche in day hospital) presso un Istituto di cura e di successiva convalescenza in conseguenza di infortunio, malattia o parto indennizzabili a termini di polizza.</p> <p>Inoltre, qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subisca l'applicazione di gessatura, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di gessatura di un'indennità giornaliera. L'entità dell'indennità di ricovero, convalescenza e gessatura, dipende dalla Formula prescelta dall'Assicurato secondo i criteri riportati nelle Condizioni di polizza.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>



Che cosa è assicurato?

Malattie Gravi	<p>L'assicurazione riconosce un indennizzo forfettario, ascelta dell'Assicurato, in caso di diagnosi di Malattia Grave, quali infarto miocardico, ictus, cancro.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Assistenza	<p>L'Assicurato può scegliere tra due Formule distinte, fra loro cumulabili: Formula Silver e Formula Gold.</p> <p>La Formula silver comprende: prelievo campioni al domicilio, invio medicinali od articoli sanitari al domicilio, trasporto in autoambulanza e rimpatrio sanitario.</p> <p>La formula gold comprende: assistenza domiciliare, invio infermiere a domicilio, baby sitter per minori di anni 15 o badante per persone anziane e invio di una collaboratrice domestica.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Tutele Legale	<p>La Società la Tutela Legale compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, per sostenere il recupero dei danni extracontrattuali alla persona dell'Assicurato subiti per fatti illeciti di terzi, a seguito del verificarsi di infortunio da cui sia derivato un indennizzo corrisposto dalla Società e che coinvolga la responsabilità di un terzo.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



Che cosa NON è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



Ci sono limiti di copertura?

Indennità Interventi Chirurgici

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

INDENNITA' INTERVENTI CHIRURGICI

I possibili interventi chirurgici sono suddivisi in 7 classi, in base al livello di importanza (vedasi Elenco Interventi Chirurgici riportato nelle Condizioni di Assicurazione Mod. CA80IM). Per ogni classe di intervento è fissato un livello d'indennizzo forfettario, variabile in base alla formulazione prescelta (Platinum, Gold o Silver) dall'Assicurato, che rappresenta la somma massima indennizzabile per ciascun sinistro.

Per ciascuna Formulazione, è inoltre previsto un massimale annuo:

- Platinum 60.000 €
- Gold 40.000 €
- Silver 20.000 €

TABELLA INDENNIZZI INTERVENTI CHIRURGICI			
Massimale annuo	€ 20.000	€ 40.000	€ 60.000
Classi di indennizzo	INDENNIZZO FORMULA SILVER	INDENNIZZO FORMULA GOLD	INDENNIZZO FORMULA PLATINUM
I	250	500	750
II	350	750	1.100
III	700	1.500	2.200
IV	1.300	2.500	3.800
V	2.500	5.000	7.500
VI	5.000	10.000	15.000
VII	10.000	20.000	30.000

ESTENSIONE DI GARANZIA PER IL BAMBINO NON ASSICURATO

La Società provvede al pagamento dell'indennizzo per le stesse garanzie e negli stessi limiti previsti per la madre.

RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE CONSEGUENTI AD INFORTUNIO

Il rimborso verrà effettuato entro la somma massima di € 2.000 per sinistro e per annualità assicurativa.

RIMBORSO SPESE PRE E POST INTERVENTO CHIRURGICO

Come per la garanzia Indennità Interventi Chirurgici, i possibili interventi chirurgici sono suddivisi in 7 classi. A ciascuna classe, indipendentemente dalla Formula prescelta dall'Assicurato per la garanzia Indennità Interventi chirurgici, corrisponde una somma massima indennizzabile per ciascun sinistro.

In ogni caso, la Società per ciascun anno assicurativo, non potrà indennizzare somma superiore ad € 4.000

TABELLA RIMBORSO SPESE PRE E POST INTERVENTO CHIRURGICO	
Massimale annuo	€ 4.000
Classi di Intervento	Indennizzo
I	200
II	300
III	500
IV	750
V	1.000
VI	1.500
VII	2.000

ESCLUSIONI E RIVALSE

ESTENSIONE DI GARANZIA PER IL BAMBINO NON ASSICURATO

Sono escluse le patologie e le malformazioni congenite. La garanzia cessa al compimento del secondo anno di età del bambino.



Ci sono limiti di copertura?

Indennità di degenza, convalescenza, gessatura

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

INDENNITA' DI DEGENZA, CONVALESCENZA E GESSATURA

La garanzia prevede somme a titolo di diaria di degenza differenziate a seconda della formulazione prescelta (Light, Plus e Super), crescenti all'aumentare del numero di giorni di ricovero, come da Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura di seguito riportata, per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa. Per ricoveri determinati da terapie oncologiche la durata massima è di 30 giorni per annualità assicurativa.

Per la Formula Super l'indennità di ricovero dovuta a termini di quanto precede spetta a partire dal quarto giorno di ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione.

Per la convalescenza successiva a ricovero dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera pari al 50% dell'importo assicurato per la degenza. La durata della convalescenza è convenzionalmente prefissata in un numero di giorni pari ad una volta e mezzo quelli calcolati per l'indennità di degenza a termini del precedente capoverso, per una durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa.

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subisca l'applicazione di gessatura, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di gessatura di un'indennità giornaliera pari all'importo indicato nella "Tabella indennità di degenza, convalescenza e gessatura" sotto riportata.

L'indennità dovuta a termini di quanto precede, spetta dal giorno stesso di applicazione della gessatura, se non vi è stato ricovero, o dal giorno di dimissione dall'Istituto di cura, se vi è stato ricovero, per un massimo di 40 giorni per annualità assicurativa. L'indennità di gessatura, se coesistente con l'indennità di convalescenza, la assorbe finché coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire l'importo maggiore.

ESTENSIONE DI GARANZIA PER IL BAMBINO NON ASSICURATO

In caso di ricovero e/o gessatura, conseguenti a malattia o infortunio, del bambino nato in corso di polizza da gravidanza che abbia avuto inizio successivamente alla stipula del contratto e qualora siano assicurati in polizza entrambi i genitori, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo per le stesse garanzie e negli stessi limiti previsti per la madre.

DAY HOSPITAL

La Società corrisponde un'indennità anche in caso di day hospital, in misura del 50% dell'importo assicurato per la sola degenza, per un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa.

Per la Formula Light e Super l'indennità viene corrisposta dal primo giorno di ricovero diurno fino al giorno di dimissione compreso.

Nella Formula Super, l'indennità per day hospital viene corrisposta a condizione che dalla documentazione dell'Istituto di cura risulti che il day hospital è avvenuto senza soluzione di continuità per un periodo non inferiore a tre giorni.

RICOVERO DEL CONIUGE NON ASSICURATO

In caso di ricovero contestuale, determinato dallo stesso evento, dell'Assicurato e del coniuge non assicurato, causato da malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, la cui durata sia uguale o superiore a 10 giorni consecutivi, la Società corrisponderà anche al coniuge non assicurato un'indennità di degenza per ogni giorno di ricovero di importo pari a quella dell'Assicurato, per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa.

MAGGIORAZIONE DELL'INDENNITÀ DI DEGENZA IN CASO DI INFORTUNIO CHE DETERMINI UNA INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE

In caso di ricovero causato da infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini una invalidità permanente superiore al 66% (secondo i criteri di cui all'Allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n° 1124 T.U.), la Società corrisponderà una maggiorazione del 100% sugli importi assicurati per Indennità di degenza per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa.

INDENNITÀ DI DEGENZA PER DONATORE

In caso di trapianto di midollo osseo, organi o parti di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, la Società provvede al pagamento all'Assicurato per ogni giorno di ricovero, di un'indennità determinata come da articolo Indennità di degenza e convalescenza.

INDENNITÀ PER ACCOMPAGNATORE

In caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al rimborso delle spese per vitto e pernottamento di un accompagnatore, presso l'Istituto di cura, entro l'importo giornaliero di € 50, per un massimo di 30 giorni per ricovero.



Ci sono limiti di copertura?

Indennità di degenza, convalescenza, gessatura

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

TABELLA INDENNITA' DI DEGENZA, CONVALESCENZA E GESSATURA

Giorni di ricovero consecutivi	Formula Light	Formula Plus	Formula Super
Fino a 11	€ 25	€ 50	€ 100
Da 12 a 20	€ 40	€ 80	€ 160
Da 21 a 44	€ 50	€ 100	€ 200
Da 45 fino a 180	€ 75	€ 150	€ 300
Gessatura	€ 25	€ 50	€ 75

ESCLUSIONI E RIVALSE

DAY HOSPITAL

Non è prevista la garanzia convalescenza.

RICOVERO DEL CONIUGE NON ASSICURATO

Non sono applicabili al coniuge le garanzie di convalescenza, gessatura.

MAGGIORAZIONE DELL'INDENNITÀ DI DEGENZA IN CASO DI INFORTUNIO CHE DETERMINI UNA INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE

La maggiorazione verrà corrisposta sulla sola indennità di degenza.

ESTENSIONE DI GARANZIA PER IL BAMBINO NON ASSICURATO

Sono escluse le patologie e le malformazioni congenite. La garanzia cessa al compimento del secondo anno di età del bambino.



Ci sono limiti di copertura?

Malattie Gravi

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

CONDIZIONI DELLA GARANZIA -SECONDO INDENNIZZO

Successivamente al primo sinistro indennizzabile in base alla presente garanzia, in caso di seconda diagnosi di una delle malattie gravi previste dal contratto, e purché diversa da quella oggetto del primo sinistro, il contratto riconosce all'Assicurato l'ulteriore corresponsione di un indennizzo pari al 50% della somma assicurata minore tra quella riportata sulla Scheda di copertura e quella prevista nel contratto sul quale si è avuto il primo indennizzo.

ESCLUSIONI E RIVALSE

ESCLUSIONI

E' esclusa dalla garanzia l'insorgenza di una malattia grave causata direttamente o indirettamente da:

- a) attività dolosa del Contraente e/o Assicurato;
- b) partecipazione dell'Assicurato e/o Contraente a delitti dolosi;
- c) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) malattie, malformazioni, difetti fisici, stati patologici, esiti di infortuni, lesioni dell' Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della polizza di assicurazione, noti all' assicurato e non dichiarati;
- e) danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
- f) abuso di alcool e/o psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- g) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze
- h) svolgimento di una delle seguenti attività professionali:
 - Personale che lavora in miniere, gallerie, pozzi, dighe, tunnel ed è direttamente coinvolto nei processi di estrazione o in attività di costruzione o esplorazione nel sottosuolo;
 - Personale che lavora in qualsivoglia piattaforma off-shore, sottomarino o nave ed è direttamente coinvolto in processi di costruzione sopra o sotto il livello del mare;
 - Palombari, speleologi, sminatori, artificieri, stuntman, personale circense;
 - Personale a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivi o sistemi esplosivi;
 - Personale delle forze armate impiegato in missione all' estero.

Inoltre, per le diverse tipologie di Malattie Gravi, valgono le seguenti esclusioni:

Cancro:

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) dalla Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione, nonché tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi.
 - 2) carcinoma papillare o follicolare della tiroide che non sia progredito almeno alla categoria T2N0M0 della Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione
- Sono sempre esclusi, indipendentemente dalla Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione, i carcinomi midollari.
- 3) tumore alla prostata, salvo che non sia progredito almeno alla categoria T2bN0M0 della Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione;
 - 4) carcinoma baso- e squamo-cellulare della pelle e dermatofibrosarcomaprotruberante.
 - 5) cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (sangue, saliva, feci, urina, x) di cellule tumorali o molecole associate a tumori ed in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili
 - 6) tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza;

Inoltre, fermo quanto previsto dai precedenti articoli MG.3 - Limite di erogazione delle prestazioni, e MG.4 – "Condizioni della garanzia - Secondo indennizzo", in caso di diagnosi di un secondo episodio di Cancro, tale patologia non è in garanzia qualora si tratti di recidiva del primo cancro (farà fede il nuovo esame istologico ed il confronto con il precedente) se diagnosticato entro 5 anni dalla data di conclusione dell'ultimo trattamento terapeutico.

Ictus:

sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) gli attacchi ischemici transitori (TIA)
- 2) le lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni
- 3) le emorragie secondarie in una lesione cerebrale preesistente
- 4) i danni cerebrali dovuti ad infezioni, vasculite, malattia infiammatoria;
- 5) i disturbi ischemici del sistema vestibolare

Infarto Miocardico:

sono escluse dall'assicurazione le conseguenze dirette ed indirette di sindromi coronariche acute, compresa l'angina pectoris instabile.



Ci sono limiti di copertura?

Malattie Gravi	<p><u>ESCLUSIONI E RIVALSE</u></p> <p>LIMITE DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI Per ciascun Assicurato, la presente garanzia potrà essere erogata per un massimo di due volte per l'intera durata contrattuale. Per ciascun Assicurato, la presente garanzia è da ritenersi pertanto non più operante dopo il pagamento del secondo indennizzo.</p> <p>In caso di sostituzione del contratto, se l'Assicurato risulta essere stato coperto, senza soluzione di continuità, con altre polizze emesse dalla Società per la garanzia "Malattie Gravi" (di cui alla presente Sezione) e per la quale sia già stato liquidato un indennizzo, la suddetta garanzia cesserà di avere efficacia dopo il pagamento del primo sinistro liquidabile a termini di contratto, che verrà indennizzato in base a quanto previsto al presente articolo.</p> <p>TERMINI DI ASPETTATIVA L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa. Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, gli anzidetti termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime. Per converso qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese in detta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i sopra indicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.</p> <p>SOPRAVVIVENZA ALLA DIAGNOSI La Società, corrisponderà l'indennizzo dovuto a termini di polizza, a condizione che l'Assicurato risulti essere in vita al momento della diagnosi della malattia grave denunciata.</p>
Assistenza	<p><u>MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI</u></p> <p>TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA – La Società terrà a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari ad € 500 per annualità assicurativa.</p> <p>RIMPATRIO SANITARIO - Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 5.000 per annualità assicurativa.</p> <p>ASSISTENZA DOMICILIARE – Tale garanzia è prestata per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa.</p> <p>INVIO INFERMIERE A DOMICILIO – Tale garanzia è prestata per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa.</p> <p>BABY SITTER PER MINORI DI ANNI 15 O BADANTE PER PERSONE ANZIANE - Tale garanzia è prestata per un massimo di € 500 per anno assicurativo.</p> <p>INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA - Tale garanzia è prestata sino alla concorrenza di € 500 per annualità assicurativa.</p> <p><u>ESCLUSIONI E RIVALSE</u></p> <p>Le seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none">- Prelievo campioni a domicilio- Invio medicinali od articoli sanitari a domicilio- Assistenza domiciliare- Invio infermiere a domicilio <p>possono essere erogate per un numero massimo di tre volte per annualità assicurativa.</p>



Ci sono limiti di copertura?

Tutela legale	<p><u>MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI</u></p> <p>La garanzia è prestata nel limite del massimale di € 10.000 per annualità assicurativa.</p> <p><u>ESCLUSIONI E RIVALSE</u></p> <p>E' condizione essenziale ai fini dell'operatività della garanzia che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in caso di infortunio legato alla circolazione stradale, il conducente-assicurato sia abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore, sia munito della prescritta patente ed ottemperi agli obblighi dalla stessa indicati; • la controversia non derivi da rapporti contrattuali, fatti dolosi e fatti commessi dall'Assicurato in stato di alterazione psichica o in stato di ubriachezza o per effetto di abuso di psicofarmaci o uso di allucinogeni e stupefacenti; • il procedimento non si riferisca ad una sanzione amministrativa o ad una contravvenzione per la quale è ammessa l'oblazione in via breve; • la controversia o la violazione penale non derivino dalla partecipazione a gare o competizioni nonché alle relative fasi preliminari o finali previste dal regolamento particolare di gara, da atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, atti di vandalismo e risse da chiunque provocate; • il trasporto di persone sia effettuato in conformità alle disposizioni vigenti o alle indicazioni della carta di circolazione. <p>Sono esclusi dalla garanzia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il pagamento di multe, ammende, e sanzioni in genere; • gli oneri fiscali quali, a titolo esemplificativo, e non limitativo quelli riferiti a bollatura di documenti e spese di registrazione di sentenze e atti in genere; • rapporti inerenti al diritto di famiglia, successioni e donazioni; • le spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario; • le spese per procedimenti penali derivanti da imputazione per reato doloso dell'Assicurato.
---------------	---



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: nel caso in cui l'Assicurato, che debba sottoporsi ad intervento chirurgico, intenda usufruire nei Centri convenzionati della procedura di pagamento diretto, deve rivolgersi alla Struttura Organizzativa Salute, l'Assicurato deve prendere contatto direttamente con la struttura prescelta.</p> <p>Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto ad intervento chirurgico in un Istituto di cura non convenzionato e/o intenda richiedere un' indennità di degenza, convalescenza, gessatura o day hospital, deve darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Sede legale della Società, quanto prima possibile, fermi restando i termini di prescrizione previsti dall'art. 2952 c.c.. La denuncia dovrà essere corredata da certificazione medica. In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari e produrre copia conforme all'originale della cartella clinica completa.</p> <p>In caso di infortunio, la denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.</p> <p>Tutta la documentazione necessaria deve essere inviata all'Agenzia dove è stata stipulata la polizza od alla Sede legale della Società. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del c.c..</p> <p>La denuncia di sinistro, oltre alle modalità previste dalle condizioni contrattuali, può essere inoltrata accedendo all'Area Riservata presente sul sito www.Sara.it utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione.</p> <p>Resta esclusa da tale modalità la garanzia Assistenza laddove presente e sottoscritta.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: nel caso in cui l'Assicurato intenda usufruire delle prestazioni dei Centri o dei medici specialisti convenzionati deve rivolgersi alla Struttura Organizzativa Salute.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: per la liquidazione dei Sinistri relativi al ramo Assistenza la Compagnia si avvale della Struttura Organizzativa esterna di ACI GLOBAL SERVIZI S.p.A. (Struttura Organizzativa di Assistenza) Per la liquidazione dei sinistri relativi al Ramo malattia la compagnia si avvale della struttura organizzativa esterna Blue assistance. Spa. (Struttura Organizzativa Salute)</p> <p>Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 c.c..</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Obblighi dell'impresa	Dopo aver verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro trenta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Qualora il pagamento avvenga con la modalità SEPA, in luogo della quietanza, tra la Società e il Contraente farà fede la documentazione contabile bancaria dell'addebito SDD, che attesterà l'avvenuto pagamento della rata di premio per il periodo da essa coperto, salvo buon fine dell'addebito medesimo.</p> <p>Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, assegno, bonifico bancario o per i pagamenti a mezzo SDD, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.</p> <p>I pagamenti elettronici relativi ai premi assicurativi successivi al primo possono anche essere effettuati accedendo all'Area Riservata presente sul sito www.Sara.it utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione.</p>
Rimborso	In caso di recesso per sinistro da parte del Contraente, la Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere il contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Il contratto non prevede il diritto del contraente di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione.</p> <p>Se invece il contratto è stato sottoscritto mediante tecnica di comunicazione a distanza, il Contraente potrà esercitare il diritto di recesso nei 14 (quattordici) giorni successivi alla sua conclusione, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 52 del Codice del Consumo. Il presente disposto non è applicabile per i contratti sottoscritti tramite le agenzie Sara Assicurazioni SpA. Il Contraente per esercitare il diritto di ripensamento deve inviare a Sara Assicurazioni, entro il suddetto termine, la comunicazione di ripensamento tramite una delle seguenti modalità:</p> <p>(i) invio di una e mail alla casella di posta elettronica certificata saraassicurazioni@sara.telecompost.it, oppure</p> <p>(ii) invio di raccomandata A/R indirizzata alla sede legale di Sara Assicurazioni (via Po, 20 - 00198 Roma) oppure inviata alla sede della propria agenzia di riferimento il cui indirizzo è reperibile anche sul sito www.sara.it.</p> <p>La comunicazione di recesso dovrà tenere gli elementi identificativi del contratto (contraente e n. di polizza). Il recesso avrà efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione con le modalità predette.</p>
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



A chi è rivolto questo prodotto?

Chi vuole una copertura che garantisce un indennizzo predefinito in caso di intervento chirurgico o di malattie gravi.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari a € 109,95.
Per i contratti sottoscritti mediante tecnica di comunicazione a distanza, la quota parte percepita in media dall'intermediario è invece pari a € 54,98.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, un servizio assicurativo o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Sara Assicurazioni Spa - Direzione Affari Legali e Societari – Funzione Reclami- Via Po, 20 -00198 Roma – Italia - Fax 06.8475254 - e-mail: gest.reclami@sara.it. I reclami possono essere inoltrati anche compilando il form presente nella apposita sezione dedicata ai reclami nel sito della Compagnia www.sara.it.</p> <p>L'impresa dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>
----------------------------------	---

All'IVASS	<p>Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni ovvero in caso di reclami non riguardanti il contratto, un servizio assicurativo o la gestione di un sinistro, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle assicurazioni (D.Lgs.209/2005) e delle relative norme di attuazione, potrà rivolgersi per iscritto all'IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma – fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353 - ivass@pec.ivass.it; (sul sito www.ivass.it è reperibile un apposito modello) Il reclamo dovrà contenere:</p> <p>a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;</p> <p>b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</p> <p>c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;</p> <p>d) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;</p> <p>e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
Mediazione	<p>E' un istituto introdotto con il D. Lgs. n. 28/2010 e si differenzia dalla negoziazione perché è prevista la presenza, oltre che degli avvocati che rappresentano le parti, di un soggetto terzo, estraneo, e quindi imparziale, denominato mediatore. La mediazione si svolge avanti uno degli Organismi di mediazione scelto dalla parte richiedente, tra quelli indicati nell'elenco presente sul sito (https://mediazione.giustizia.it/ROM/ALBOORGANISMIMEDIAZIONE.ASPX).</p>
Negoziazione assistita	<p>La negoziazione assistita è un istituto introdotto con il D.L. n. 132/2014 e consiste in una procedura condotta dagli avvocati nominati dalle parti che si incontrano con il fine di cercare una soluzione bonaria alla controversia insorta con la Compagnia. Può essere sempre utilizzata in via facoltativa, anche al di fuori dei casi in cui la legge la prevede come procedura obbligatoria, prima di ricorrere in giudizio.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internalmarket/finservicesretail/finnet/index.en.htm</p> <p>Arbitrato: le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.</p> <p>In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.</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.

Contratto di assicurazione per la tutela della salute

Saramedical

Condizioni di Assicurazione
Modello: CA80IM Edizione: 11/2021

Contratto redatto secondo le Linee guida di Ania "Contratti semplici e chiari" del 06/02/2018

INDICE

Struttura Organizzativa di Assistenza e la Struttura Organizzativa Salute	3
GLOSSARIO	4
NC - NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	6
II SEZIONE INDENNITA' INTERVENTI CHIRURGICI	8
Che cosa posso assicurare	8
Contro quali danni posso assicurarmi	8
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	8
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	11
DC - SEZIONE INDENNITA' DI DEGENZA CONVALESCENZA E GESSATURA	12
Che cosa posso assicurare	12
Contro quali danni posso assicurarmi	12
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	13
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	15
MG - SEZIONE MALATTIE GRAVI	16
Che cosa posso assicurare	16
Contro quali danni posso assicurarmi	16
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	16
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	18
AS - SEZIONE ASSISTENZA	19
Che cosa posso assicurare	19
Contro quali danni posso assicurarmi	19
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	20
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	21
TL - SEZIONE TUTELA LEGALE	22
Che cosa posso assicurare	22
Contro quali danni posso assicurarmi	22
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	22
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	23
ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI	28

Struttura Organizzativa di Assistenza e la Struttura Organizzativa Salute

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI ASSISTENZA

Sara Assicurazioni provvede, per il tramite la Struttura Organizzativa, ad erogare le prestazioni di Assistenza.

Per ottenere una prestazione l'Assicurato dovrà prendere contatto con la Struttura Organizzativa utilizzando uno dei seguenti numeri:

Numero verde: 800.095.095

Per chi chiama dall'estero : +39.02.66165538

FAX: +39.02.6610044

comunicando: cognome e nome, numero di polizza, tipo di prestazione di cui necessita, indirizzo temporaneo se diverso dal domicilio, recapito telefonico.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA SALUTE

Attraverso lo stesso numero verde della Struttura Organizzativa di Assistenza, si può accedere alla Struttura Organizzativa Salute, come di seguito individuata nel Glossario sotto "Struttura Organizzativa Salute" che ha il compito di attivare tutte le garanzie malattia della polizza:

800.095.095 o in alternativa si può chiamare direttamente alla Struttura Organizzativa Salute tramite il numero 800.896.992 e dall'estero (0117425692). La Struttura Organizzativa Salute, quindi, provvede a gestire i sinistri ed a fornire la presa in carico delle prestazioni nei Centri, per la quale l'assicurato deve necessariamente rivolgersi alla Struttura Organizzativa Salute, comunicando: cognome e nome, numero di polizza, tipo di prestazione di cui necessita, indirizzo temporaneo se diverso dal domicilio, recapito telefonico.

Ogni comunicazione scritta ed eventuale documentazione andranno consegnate in Agenzia o alla Sede legale della Società.

Consigli medici telefonici:

L'assicurato può usufruire 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, di un servizio di consulenza medica telefonica.

Il servizio medico della Struttura Organizzativa Salute, 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. Gli stessi consulenti medici sono a disposizione per fornire informazioni sui medicinali commercializzati in Italia, su composizione, equivalenza prodotti, posologie nonché su eventuali controindicazioni. I consulenti medici non forniranno diagnosi o prescrizioni, ma faranno il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

GLOSSARIO

Ai seguenti termini (definizioni), che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato.

Ambulatorio: struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni medico chirurgiche nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Assistenza: l'aiuto tempestivo, in denaro od in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro;

Cancro: è un tumore maligno, diagnosticato come tale da esame istopatologico, caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfomi (Hodgkin e non Hodgkin), leucemie, mielomi, sarcomi.

Cartella clinica: documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica (prossima e remota), terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico;

Centro convenzionato/medico specialista convenzionato: istituto di diagnosi e/o cura, medico specialista convenzionato con la Società, che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti (fatta eccezione per eventuali scoperti o franchigie previsti in polizza), in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza, direttamente dalla Società. **L'elenco dei Centri e dei medici convenzionati può; essere soggetto a variazioni. L'elenco ed eventuali aggiornamenti sono disponibili sul sito Internet della Società www.sara.it e/o informazioni in merito potranno essere richieste alla Struttura Organizzativa Salute;**

Codice del Consumo: il decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, come successivamente modificato e integrato.

Contraente: il soggetto, persona fisica o persona giuridica, che stipula l'assicurazione, nell'interesse proprio e / o di altre persone, e sul quale gravano gli obblighi da essa derivanti.

Domicilio: il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale (anche se non ivi residente);

Ferita: lesione causata da mezzi fisici che provoca una soluzione di continuità della normale anatomia;

Frattura: Lesione ossea che consiste in una soluzione di continuità, completa o incompleta con o senza spostamento di frammenti. Si parla invece di **Frattura esposta**, quando il moncone osseo perfora l'epidermide;

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

Ictus: morte irreversibile del tessuto cerebrale dovuta ad un apporto insufficiente di sangue (causato da un'emorragia cerebrale, infarto cerebrale o da un'embolia di origine extra-cranica) tale da determinare una riduzione permanente della funzione neurologica.

La diagnosi di ictus deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri:

- comparsa di nuovi riscontri neurologici, coerenti con la diagnosi di ictus;
- tali riscontri neurologici devono persistere ed essere oggettivamente riscontrabili da specifico esame clinico per almeno 2 mesi successivi all'evento;
- l'ictus stesso deve essere confermato sulla base dei risultati di una successiva TAC o RMI.

Inabilità Temporanea: la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;

Indennizzo / indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Infarto Miocardico: L'infarto miocardico acuto è la morte di una parte del miocardio causata da un mancato apporto di sangue nell'area interessata, non rilevabile prima dell'episodio

La diagnosi deve essere confermata da un aumento e/o caduta dei biomarker cardiaci (Troponina I, Troponina T o CK-MB) rispetto al livello considerato diagnostico di infarto miocardico acuto e da almeno 2 dei seguenti criteri:

- Segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un attacco di cuore
- Nuovi cambiamenti nell'ECG caratteristici di un infarto miocardico acuto
- Riscontri nella diagnostica ad immagini di nuova perdita di vitalità del miocardio o nuova anomalia del movimento della parete regionale.

Il solo aumento della Troponina non è considerato condizione sufficiente alla diagnosi di infarto.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili;

Intervento chirurgico: intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser o crioterapia;

Invalidità permanente: la perdita definitiva, a seguito di infortunio o malattia - in quest'ultimo caso limitatamente a quanto previsto alla sezione 4) "Invalidità permanente da Malattia" - in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

Istituto di cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e soggiorno e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio;

Malattia grave: alterazione dello stato di salute dell'assicurato per Cancro, Ictus, infarto Miocardico (vedi definizione nel presente Glossario) non dipendente da infortunio, che comportano necessariamente una invalidità Permanente da malattia di grado pari o superiore al 5%.

Malformazione / difetto fisico: ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile;

Massimale: la somma entro la quale la Società presta la garanzia;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Pagamento diretto: il pagamento che la Società, in nome e per conto dell'Assicurato, effettua, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza, a favore dei Centri convenzionati per le prestazioni previste nelle garanzie di polizza e prese in carico dalla Struttura Organizzativa Salute.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

Presa in carico: atto, effettuato dalla Struttura Organizzativa Salute, di avvio della procedura di pagamento diretto, in nome e per conto dell'Assicurato, delle spese indennizzabili per prestazioni effettuate presso Centri di cura convenzionati;

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, nonché cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Ricovero diurno (Day-Hospital): la permanenza in istituto di cura senza pernottamento, esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, nonché cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro;

Sistema TNM: metodo utile a classificare il grado di estensione della malattia neoplastica (classificazione o stadiazione TNM). È una misura preoperatoria, clinica e postchirurgica dell'estensione della malattia neoplastica: si determina la dimensione e la progressione del tumore, la sede e il grado di infiltrazione loco-regionale (T); successivamente viene valutata la presenza di interessamento linfonodale (N) e la disseminazione (metastasi) ematogena (M) in altri organi. A ciascuno di questi tre parametri viene assegnato un valore di scala numerica che esprime l'estensione del tumore;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Società: SARA Assicurazioni spa;

Stato patologico: ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio;

Struttura Organizzativa Salute: Struttura Organizzativa Salute di Blue Assistance SpA, Corso Svizzera, 185, 10149 Torino, cui presentare la richiesta di indennizzo o di **presa in carico** per indennizzo tramite **pagamento diretto** (vedi definizioni) ai Centri convenzionati."

La Struttura Organizzativa osserva il seguente orario: lunedì - venerdì ore 08,00 - ore 18. Numero telefonico: 800.095.095.

La Struttura Organizzativa fornisce inoltre informazioni sullo stato del sinistro; informazioni relative ai Centri convenzionati; indicazioni in merito alle modalità di presa in carico.

Qualora variesse la Struttura Organizzativa incaricata della gestione degli indennizzi, la Società provvederà a darne tempestivo avviso agli assicurati comunicando anche i riferimenti della nuova Struttura Organizzativa (verranno garantite le stesse fasce orarie del servizio), fermo restando la gestione degli indennizzi in corso.

Struttura Organizzativa di Assistenza: ACI Global Servizi S.p.A., con sede Sociale in Roma - Via Stanislao Cannizzaro n. 83/a 00156 RM - e sede secondaria in Milano - Viale Sarca 336 20126 MI, autorizzata ai termini di Legge alla prestazione dei servizi oggetto del presente contratto;

Supporto durevole: qualsiasi strumento che permetta al Contraente di memorizzare le informazioni a lui personalmente dirette, in modo che possano essere agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate le informazioni stesse, e che consenta la riproduzione immutata delle informazioni memorizzate.

Sutura: atto chirurgico consistente nel raccostamento dei margini di ferita tramite aghi e fili. Per le ferite al volto vengono considerate suture anche le riparazioni con "steri-strip".

Tecnica di comunicazione a distanza: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'intermediario e del Contraente, possa impiegarsi per la conclusione del contratto.

NC - NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Premessa

Il presente contratto può essere stipulato dal Contraente mediante (i) un intermediario autorizzato dalla Compagnia a concludere il contratto in presenza o per il tramite (II) della Compagnia che agisca in qualità di distributore o ovvero ancora per il tramite di (iii) intermediari autorizzati dalla Compagnia nell'ambito di un sistema di vendita a distanza. Nei casi (ii) e (iii) il Contraente:

- è informato di accedere all'utilizzo di un sistema di vendita organizzato dalla Compagnia direttamente o per il tramite della propria rete distributiva che, per tale contratto, impiega anche una o più tecniche di comunicazione a distanza fino alla conclusione del contratto, compresa la conclusione del contratto stesso;
- potrà scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa, come di volta in volta vigente: tramite e mail, all'indirizzo in precedenza indicato dal Contraente.

La preferenza potrà essere modificata in qualsiasi momento scrivendo all'indirizzo assistenzaclienti@sara.it oppure accedendo all'area personale del sito www.sara.it. Tale scelta potrà essere modificata in qualsiasi momento, senza oneri, inviando una e mail all'indirizzo: assistenzaclienti@sara.it. Il contraente è altresì informato che eventuali aggiornamenti/variazioni dell'indirizzo e mail andranno comunicati tempestivamente alla Compagnia all'indirizzo e mail sopra indicato.

Nella scheda di polizza sono evidenziati gli eventuali consensi ai trattamenti commerciali, alla profilazione e al trasferimento dei dati a terzi in precedenza forniti alla Compagnia; si ricorda che i consensi forniti possono essere in qualsiasi momento revocati contattando la Società, anche per il tramite dell'Agente, o il Responsabile della Protezione Dati personali (RPD@sara.it).

NC.1 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, A.I.D.S. e sindromi correlate. L'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

NC.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile.

NC.3 - Altre assicurazioni

Il Contraente e/o Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 c.c.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

NC.4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società, di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C.C.

NC.5 - Conclusione del contratto, pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Il premio annuale indicato nel frontespizio di polizza, calcolato con riferimento all'età dell'Assicurato, è convenuto per la durata del contratto prevista nello stesso frontespizio. **In caso di mancato rinnovo del contratto ai sensi dell'art NC.6 - "Durata del contratto e proroga tacita dell'assicurazione" la garanzia cessa automaticamente alla scadenza.**

Poiché il premio annuale indicato sulla Scheda di copertura per ciascun Assicurato per le garanzie "Indennità Interventi Chirurgici", "Indennità di Degenza, convalescenza e gessatura" e "Malattie Gravi" è calcolato con riferimento all'età dell'Assicurato, alla scadenza contrattuale indicata in polizza ed ad ogni successivo tacito rinnovo, qualora l'età raggiunta a tale data, anche da uno solo degli Assicurati, compunti, in base alla tariffa vigente per tali garanzie (se rese operanti), un premio diverso da quello inizialmente pattuito, la Società provvede ad inviare al Contraente, almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto, apposita comunicazione con l'indicazione del premio della successiva annualità assicurativa. Tale comunicazione varrà, atitolo di richiesta di adeguamento del premio.

La variazione si intende accettata dal Contraente in caso di proroga tacita del contratto ai sensi dell'art. NC.6 - "Durata del contratto e proroga tacita dell'assicurazione".

Fermo quanto disposto dall'articolo NC.6 - "Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa", **il contratto si considera concluso con il pagamento del Premio ed entra in vigore alle ore 24 del giorno in cui il pagamento viene effettuato, oppure alle ore 24 del giorno di decorrenza, se successivo al pagamento del premio.** Le date di decorrenza sopra indicate valgono anche per il caso di conclusione del contratto mediante tecnica di comunicazione a distanza. In quest'ultimo caso, il Contraente potrà sottoscrivere la polizza con Firma Elettronica Avanzata (FEA), aderendo a tale servizio secondo le modalità che gli verranno indicate dopo l'acquisto, disponibili anche nel Manuale Operativo FEA pubblicato sul sito www.sara.it. In alternativa a tale modalità, il Contraente, verificata l'esattezza dei dati riportati in polizza, dovrà firmarla e restituirla alla Compagnia tramite email utilizzando l'indirizzo dell'agenzia di riferimento, presente nella documentazione di polizza indicando nell'oggetto "Restituzione polizza firmata" entro 15 giorni dalla data di conclusione del contratto.

Per il contratto concluso mediante tecnica di comunicazione a distanza, il Premio potrà essere corrisposto con sistema di acquisto via web mediante l'utilizzo di carte di credito Maestro, Visa, American Express e Mastercard, PayPal e Bonifico Online Mybank. Tali modalità di pagamento sono effettuate in condizioni di sicurezza. La polizza verrà successivamente inviata al Contraente secondo le modalità di invio della documentazione contrattuale e pre-contrattuale richieste da quest'ultimo. I pagamenti elettronici relativi ai premi assicurativi successivo al primo potranno anche essere effettuati accedendo all'area riservata presente sul sito www.Sara.it, utilizzando le credenziali di accesso in possesso o ricevute al momento della sottoscrizione.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C..

NC.6 - Durata del contratto e proroga tacita dell'assicurazione

La durata del contratto è indicata nel frontespizio di polizza.

Fermo restando quanto previsto dall'art. NC.5 - "Conclusione del contratto, pagamento del premio e decorrenza della garanzia", il contratto si rinnova tacitamente per un anno e così di anno in anno, salvo in caso di disdetta comunicata da una

delle parti all'altra mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza.

Il rinnovo tacito non si applica ai contratti di durata inferiore ad un anno.

Il contratto può avere durata annuale ovvero poliennale con il massimo di anni 5, non rescindibile per la durata contrattuale pattuita, secondo quanto previsto dall'art. 1899 c.c. con riduzione del premio di tariffa per un importo pari a quanto previsto in polizza.

NC.7 - Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

Ad eccezione per la garanzia di cui alla Sezione MG – “Malattie Gravi” (per la quale si rinvia alla relativa normativa), le garanzie di polizza decorrono:

- a) per gli infortuni: dal momento in cui, ai sensi dell'art. NC.5 - “Conclusioni del contratto, pagamento del premio e decorrenza della garanzia” ha effetto l'assicurazione;
- b) per le malattie: dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- c) per il parto: dal duecentosettantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- d) per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione: dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di trenta giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, gli anzidetti termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime. Per converso qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese in detta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i sopra indicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.

NC.8 - Ripensamento dopo la stipulazione – Diritto di recesso anticipato.

Qualora il contratto sia stato concluso mediante tecnica di comunicazione a distanza, il Contraente potrà recedere dal contratto nei 14 (quattordici) giorni successivi alla conclusione del contratto, ricevendo in restituzione il premio pagato e non goduto, al netto dell'imposta e del contributo al SSN ove previsto. Il Contraente per esercitare il diritto di ripensamento deve inviare a Sara Assicurazioni, entro il suddetto termine, la comunicazione di ripensamento tramite una delle seguenti modalità:

- (i) invio di una e mail alla casella di posta elettronica certificata saraassicurazioni@sara.telecompost.it, oppure
- (ii) invio di raccomandata A/R indirizzata alla sede legale di Sara Assicurazioni (via Po, 20 - 00198 Roma) oppure inviata alla sede della propria agenzia di riferimento il cui indirizzo è reperibile anche sul sito www.sara.it.

La comunicazione di recesso dovrà contenere gli elementi identificativi del contratto (contraente e n. di polizza).

Il recesso avrà efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione con le modalità predette.

Il presente disposto non è applicabile per i contratti sottoscritti presso le agenzie Sara Assicurazioni SpA

NC.9 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo il Contraente può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; la Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa la periodo di rischio non corso.

Non è prevista la disdetta per sinistro da parte della Società.

NC.10 - Mediazione

Ogni controversia nascente o comunque collegata a questo Contratto dovrà, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010, se ed in quanto applicabile, preliminarmente essere oggetto di un tentativo di composizione che si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione di seguito indicati e di volta in volta scelto dalla parte richiedente.

La sede del tentativo sarà quella principale o quella distaccata dell'Organismo prescelto. Si applicherà al tentativo il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto.

La scelta da parte del contraente, o del beneficiario del contratto ovvero di Sara, di un Organismo di mediazione diverso da quelli indicati costituirà per l'altra parte giustificato motivo di mancata partecipazione al tentativo di composizione.

Sara potrà integrare l'elenco sotto riportato di organismi di mediazione mediante pubblicazione in forma telematica di elenchi aggiornati sul sito internet www.sara.it.

Elenco degli organismi di mediazione:

- 1) Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane (www.camcom.gov.it)
- 2) ADR Center (www.adrcenter.co)
- 3) IFOAP Concilia (www.ifoapconcilia.it)

NC.11 - Modifiche dell'assicurazione

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

NC.12 - Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

NC.13 - Oneri fiscali

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

NC.14 - Rinvio alle norme di legge

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

NC.15 - Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutto il mondo, fermo restando che gli indennizzi vengono liquidati in Italia ed in valuta avente corso legale in Italia.

II SEZIONE INDENNITA' INTERVENTI CHIRURGICI

Che cosa posso assicurare

II.1 - Oggetto dell'assicurazione

Un'indennità in caso di intervento chirurgico indennizzabile a termini di polizza.

Contro quali danni posso assicurarmi

II.2 - Indennità interventi chirurgici

La Società in caso di intervento chirurgico (anche in day hospital od ambulatoriale) reso necessario da infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato un indennizzo determinato con le modalità e nei limiti come da successivi articoli SXII.2 – “Criteri di liquidazione Indennità interventi chirurgici, Rimborso spese odontoiatriche conseguenti ad infortunio e Rimborso spese pre e post intervento chirurgico”, e II.5 - “Classificazione degli interventi chirurgici in 7 classi”.

II.2.1 - Rimborso spese pre e post intervento chirurgico

Qualora sulla Scheda di copertura sia riportata la garanzia 'Rimborso Spese pre e post', la Società provvede con le modalità e nei limiti previsti dai successivi artt. A.10 e II.5 - 'CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN 7 CLASSI', al rimborso delle spese, inerenti l'intervento chirurgico, sostenute dall'Assicurato:

nei 120 giorni precedenti all'intervento chirurgico:

- per esami diagnostici e visite specialistiche

nei 120 giorni precedenti all'intervento chirurgico:

- per prestazioni mediche

- per esami diagnostici e visite specialistiche

II.3 – Estensioni sempre operanti

Estensione di garanzia per il bambino non assicurato

In caso di intervento chirurgico, conseguente a malattia o infortunio, del bambino nato in corso di polizza da gravidanza che abbia avuto inizio successivamente alla stipula del contratto e qualora siano assicurati in polizza entrambi i genitori, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo per le stesse garanzie della presente Sezione e negli stessi limiti previsti per la madre. La garanzia è valida purché sia stato pagato il premio di polizza. **Sono escluse le patologie e le malformazioni congenite. La garanzia cessa al compimento del secondo anno di età del bambino. Il presente articolo non si applica alla garanzia Assistenza e Tutela legale.**

Rimborso spese odontoiatriche conseguenti ad infortunio

La Società, provvede al rimborso delle spese sostenute per le cure dentarie **se conseguenti ad infortunio documentato verificatosi successivamente alla stipula della polizza**, con esclusione delle spese per la riparazione o la sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio. **Il rimborso verrà € 2.000 per sinistro e per annualità assicurativa.**

La presente garanzia non prevede la modalità di indennizzo della “presa in carico”.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

II.4 - Rischi esclusi

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- **interventi chirurgici o ricoveri anche in day hospital che siano conseguenza diretta di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o di sostituzione con il presente contratto di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedente quelle già in corso);**
- **aborto volontario non terapeutico;**
- **intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;**
- **prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;**
- **infortuni avvenuti quando l'assicurato sia in stato di ubriachezza o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;**
- **infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse all'Assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);**
- **suicidio e tentato suicidio;**
- **infortuni derivanti:**
 - **dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti) salvo che si tratti di gare di regolarità pura)**
 - **dalla speleologia**
 - **dall'alpinismo**
 - **dallo sci estremo**
- **terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner o della coppia**
- **cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici**
- **cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla**

stipulazione della polizza

- dalla prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza); cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti.
- cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortunio relativamente a quanto preisto all'articolo II.3 alla garanzia "Rimborso spese odontoiatriche conseguenti ad infortunio", o a meno che non siano rese necessarie da neoplasie verificatesi successivamente alla stipulazione del contratto; sono escluse in ogni caso le protesi dentarie e gli interventi per epulide;
- malattie professionali, come definire dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza
- ricoveri per accertamenti non resi necessari da acuzie clinica
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni – provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti
- conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

II.5 Classificazione degli interventi chirurgici in 7 classi

Gli interventi chirurgici sono identificati e classificati in 7 classi, secondo complessità, come da "Elenco interventi chirurgici" allegato alle presenti condizioni di polizza; a ciascuna classe d'intervento è associato un indennizzo (diverso a seconda della Formula prescelta).

Ove 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' "Elenco interventi chirurgici", la classe a cui attribuire l'intervento per cui è richiesto l'indennizzo verrà stabilita con criterio analogico con riferimento al più simile degli interventi elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica.

Per interventi chirurgici effettuati a causa della stessa patologia ed al medesimo organo, arto e/o tessuto, l'indennizzo previsto viene corrisposto dalla Società un'unica volta nell'anno assicurativo cui il sinistro è attribuibile. Nel caso in cui, nel corso della stessa seduta operatoria, vengano effettuati due o più interventi chirurgici, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo come previsto con riferimento a quello di importo più elevato. **Per la garanzia "Rimborso spese pre e post intervento chirurgico" ad ogni classe di intervento chirurgico è stato associato un massimale.**

TABELLA INDENNIZZI INTERVENTI CHIRURGICI			
Massimale annuo	€ 20.000	€ 40.000	€ 60.000
CLASSI DI INDENNIZZO	INDENNIZZO IN € FORMULA SILVER	INDENNIZZO IN € FORMULA GOLD	INDENNIZZO IN € FORMULA PLATINUM
I	250	500	750
II	350	750	1.100
III	700	1.500	2.200
IV	1.300	2.500	3.800
V	2.500	5.000	7.500
VI	5.000	10.000	15.000
VII	10.000	20.000	30.000

TABELLA RIMBORSO SPESE PRE E POST INTERVENTO CHIRURGICO	
Massimale annuo	€ 4.000
CLASSI DI INDENNIZZO	MASSIMALI €
I	200
II	300
III	500
IV	750
V	1.000
VI	1.500
VII	2.000

II.6 - Massimo indennizzo

Fermo quanto previsto dal precedente articolo II.5 – “Classificazione degli interventi chirurgici in 7 classi” e dall'articolo SXII.2 – “Criteri di liquidazione Indennità interventi chirurgici, Rimborso spese odontoiatriche conseguenti ad infortunio e Rimborso spese pre e post intervento chirurgico”, si prende atto che:

- Per la garanzia di cui all'articolo II.2 – “Indennità interventi chirurgici” e II.3 - Estensioni sempre operanti, per la voce “Estensione di garanzia per il bambino non assicurato”, **la Società non corrisponderà, complessivamente, a titolo di indennizzo, per ciascuna annualità assicurativa, un importo superiore ad Euro:**

- ✓ **20.000€ se è stata scelta per l'Assicurato la Formula Silver;**
- ✓ **40.000€ se è stata scelta per l'Assicurato la Formula Gold;**
- ✓ **60.000€ se è stata scelta per l'Assicurato la Formula Platinum;**

- per la garanzia di cui all'articolo II.2.1 - 'Rimborso spese pre e post intervento chirurgico' **la Società non corrisponderà a titolo di indennizzo, per ciascuna annualità assicurativa, un importo superiore ad Euro 4.000.**

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti			
Sezione Indennità Interventi Chirurgici			
Garanzia	Scoperto %	Minimo scoperto o franchigia	Limite di indennizzo
Indennità interventi chirurgici			Vedi Tabella Indennizzi Interventi chirurgici al capitolo "Come e con quali condizioni operative mi assicuro"
Rimborso spese odontoiatriche conseguenti ad infortunio			€ 2.000 per sinistro e per annualità assicurativa
Rimborso spese pre e post intervento chirurgico			Vedi Tabella Rimborso Spese pre e post intervento chirurgico, al capitolo "Come e con quali condizioni operative mi assicuro" Copertura: 120 giorni pre intervento/120 giorni post intervento

DC - SEZIONE INDENNITA' DI DEGENZA CONVALESCENZA E GESSATURA

Che cosa posso assicurare

DC.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga a corrispondere un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura e di successiva convalescenza in conseguenza di infortunio, malattia o parto indennizzabili a termini di polizza.

La Società si obbliga a corrispondere un'indennità giornaliera per ogni giorno di applicazione di gessatura indennizzabile a termini di polizza.

Contro quali danni posso assicurarmi

DC.2 - Indennità di degenza, convalescenza e gessatura

DC.2.1 - Indennità di degenza

Qualora l'Assicurato debba essere ricoverato in Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera di degenza, la cui entità è determinata dalla Formula di garanzia (Light, Plus o Super) prescelta da ciascun Assicurato ed indicata sulla Scheda di copertura e dai criteri riportati nella "Tabella Indennità di degenza, convalescenza" di cui ai successivi articoli "DC.4 - Formule e somme assicurate" della presente Sezione e SXDC.2 "Criteri di liquidazione delle Indennità di degenza, convalescenza, e gessatura" della Sezione "Cosa fare in caso di sinistro", **per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa. Per ricoveri determinati da terapie oncologiche la durata massima è di 30 giorni per annualità assicurativa.**

L'indennità dovuta a termini di quanto precede, per le Formule Light e Plus, spetta **a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati. Per la Formula Super l'indennità dovuta a termini di quanto precede spetta a partire dal quarto giorno di ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati.** Pertanto, in questo caso, qualora il ricovero abbia una durata pari o inferiore a tre pernottamenti, non si farà luogo ad indennizzo. Se invece il ricovero ha una durata pari o superiore a quattro pernottamenti consecutivi l'indennità è dovuta a partire dal primo giorno di ricovero, fermo restando che ai fini del computo dell'indennizzo il primo giorno di ricovero ed il giorno di dimissione sono considerati un unico giorno

DC.2.2 - Indennità di convalescenza

Per la convalescenza successiva a ricovero dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera **pari al 50% dell'importo assicurato per la degenza. La durata della convalescenza è convenzionalmente prefissata in un numero di giorni pari ad una volta e mezzo quelli calcolati per l'indennità di degenza a termini del precedente capoverso, per una durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa.**

DC.2.3 - Indennità di gessatura

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subisca l'applicazione di **gessatura, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di gessatura di un'indennità giornaliera pari all'importo determinato in base alla Formula prescelta dall'Assicurato (Light, Plus o Super)** ed indicata sulla Scheda di copertura e dai criteri riportati nella "Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura" di cui ai successivi articoli "DC.4 - Formule e somme assicurate" della presente Sezione e SXDC.2 - "Criteri di liquidazione delle Indennità di degenza, convalescenza, gessatura" della Sezione "Cosa fare in caso di sinistro".

L'indennità dovuta a termini di quanto precede, spetta dal giorno stesso di applicazione della gessatura, se non vi è stato ricovero, o dal giorno di dimissione dall'Istituto di cura, se vi è stato ricovero, per un massimo di 40 giorni per annualità assicurativa. L'indennità di gessatura, se coesistente con l'indennità di convalescenza, la assorbe finché coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire l'importo maggiore.

In caso di frattura radiologicamente diagnosticata, per la quale non sia prevista l'applicazione di gessatura (vedi definizioni) ma che determini per l'assicurato la necessità, certificata da documentazione medica, di immobilizzazione a letto, la Società provvede al pagamento dell'indennità di gessatura pattuita, **per una durata prefissata di giorni venti. Relativamente alla frattura di coste (o costole) è necessario, per l'applicazione del presente disposto, che la frattura sia relativa ad almeno due coste (o costole).**

DC.3 - Estensioni di garanzia sempre operanti

DC.3.1 - Estensione di garanzia per il bambino non assicurato

In caso di ricovero e/o gessatura, conseguenti a malattia o infortunio, del bambino nato in corso di polizza da gravidanza che abbia avuto inizio successivamente alla stipula del contratto e qualora siano assicurati in polizza entrambi i genitori, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo per le stesse garanzie della presente Sezione e negli stessi limiti previsti per la madre. La garanzia è valida purché sia stato pagato il premio di polizza. **Sono escluse le patologie e le malformazioni congenite. La garanzia cessa al compimento del secondo anno di età del bambino.**

DC.3.2 - Day hospital

La Società, a termini dell'art. DC.2 - "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura" che precede e negli stessi limiti, **corrisponde un'indennità anche in caso di day hospital, in misura del 50% dell'importo assicurato per la sola degenza, per un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa.**

Per la Formula Light e Plus l'indennità viene corrisposta dal primo giorno di ricovero diurno fino al giorno di dimissione compreso.

Nella Formula Super, l'indennità per day hospital viene corrisposta a condizione che dalla documentazione dell'Istituto di cura risulti che il day hospital è avvenuto senza soluzione di continuità per un periodo non inferiore a tre giorni; se invece il ricovero diurno ha una durata pari o superiore a quattro giorni consecutivi l'indennità spetta dal primo giorno del ricovero diurno fino al giorno della dimissione compreso. Nel caso in cui l'Istituto di cura non effettui day hospital nei giorni festivi e/o nel fine settimana (sabato e

domenica), tali giorni non rilevano ai fini dell'interruzione della continuità del ricovero diurno.

Per il ricovero in Day Hospital non è prevista la garanzia convalida.

DC.3.3 - Maggiorazione dell'Indennità di degenza in caso di Infortunio che determini una Invalidità Permanente grave

In caso di ricovero causato da infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini una invalidità permanente superiore al 66% (secondo i criteri di cui all'Allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n° 1124 T.U.), la Società corrisponderà **una maggiorazione del 100% sugli importi assicurati per Indennità di degenza per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa**. La maggiorazione verrà corrisposta sulla sola Indennità di degenza.

DC 3.4 - Indennità di degenza per donatore

In caso di trapianto di midollo osseo, organi o parti di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, la Società provvede al pagamento all'Assicurato per ogni giorno di ricovero, di un'indennità determinata come da precedente art. DC.2 - "Indennità di degenza, convalida e gessatura".

DC.3.5 - Indennità per Accompagnatore

In caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al rimborso delle spese per vitto e pernottamento di un accompagnatore, presso l'Istituto di cura, **entro l'importo giornaliero di € 50, per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente indennità è calcolata con l'applicazione della franchigia ove prevista come da art. DC.2 "Indennità di degenza, convalida e gessatura" per l'Indennità di degenza.**

DC.3.6 - Ricovero del coniuge non assicurato

In caso di ricovero contestuale, determinato dallo stesso evento, dell'Assicurato e del coniuge non assicurato, causato da malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, **la cui durata sia uguale o superiore a 10 giorni consecutivi**, la Società corrisponderà anche al coniuge non assicurato **un'indennità di degenza per ogni giorno di ricovero di importo pari a quella dell'Assicurato, per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa. Non sono applicabili al coniuge le garanzie di convalida, gessatura né le indennità previste agli artt. DC.3.2 - "Day hospital", DC.3.3 - "Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio che determini una invalidità permanente grave", DC.3.4 - "Indennità di degenza per donatore" e DC.3.5 - "Indennità per accompagnatore".**

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

DC.4 - Formule e somme assicurate

Le somme assicurate, dipendenti dalla Formula prescelta da ciascun Assicurato, e riportata sulla Scheda di copertura, così come descritta dalla "Tabella Indennità di degenza, convalida" che segue, rappresentano per la Società il limite massimo di esposizione cui essa è tenuta in relazione ad ogni singola annualità assicurativa.

Tabella Indennità di degenza, convalida

GIORNI DI RICOVERO CONSECUTIVI	FORMULA "Light"	FORMULA "Plus"	FORMULA "Super"
Fino a 11	€ 25	€ 50	€ 100
Da 12 a 20	€ 40	€ 80	€ 160
Da 21 a 44	€ 50	€ 100	€ 200
Da 45 fino a 180	€ 75	€ 150	€ 300
Gessatura	€ 25	€ 50	€ 75

DC.5 - Rischi esclusi

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- interventi chirurgici o ricoveri anche in day hospital che siano conseguenza diretta di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o di sostituzione con il presente contratto di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedente quelle già in corso)
- aborto volontario non terapeutico
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- infortuni avvenuti quando l'assicurato sia in stato di ubriachezza o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse all'Assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso)
- suicidio e tentato suicidio
- infortuni derivanti:
- dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura)
- dalla speleologia
- dall'alpinismo
- dallo sci estremo
- terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner o della coppia
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici
- cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza
- prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza); cure dimagranti e

dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti.

- cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da neoplasie verificatisi successivamente alla stipulazione del contratto; sono escluse in ogni caso le protesi dentarie e gli interventi per epulide
- malattie professionali, come definire dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza
- ricoveri per accertamenti non resi necessari da acuzie clinica
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni – provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti
- conseguenze derivanti da guerre , insurrezioni , movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti Indennità di degenza, convalescenza e gessatura			
Garanzia	Scoperto %	Minimo scoperto o franchigia	Limite di indennizzo
Indennità di degenza, convalescenza		Per la Formula Super franchigia relativa di 3 giorni (se il ricovero ha durata > 3 giorni)	Vedi Tabella Indennità di degenza , convalescenza e gesso alla sezione Cosa fare in caso di sinistro. Durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa. Per ricoveri determinati da terapie oncologiche la durata massima è di 30 giorni per annualità assicurativa. Convalescenza: durata prefissata una volta e mezzo quella del ricovero e un'indennità giornaliera pari al 50% dell'importo assicurato per la degenza
Indennità di gessatura			Vedi Tabella Indennità di degenza , convalescenza e gesso alla sezione Cosa fare in caso di sinistro, Criteri di liquidazione Durata massima 40 giorni
Indennità di degenza -Day hospital		Per la Formula Super, Franchigia relativa pari a 3 giorni	50% dell'importo assicurato per la degenza, per un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa
Ricovero del coniuge non assicurato		9 giorni	Massimo di 30 giorni per annualità assicurativa
Maggiorazione dell'Indennità di degenza in caso di Infortunio che determini una Invalidità Permanente Grave			Maggiorazione del 100% sugli importi assicurati per Indennità di degenza per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa
Indennità per accompagnatore			Importo giornaliero di € 50 per un massimo di 30 giorni per ricovero

MG - SEZIONE MALATTIE GRAVI

Che cosa posso assicurare

MG.1 - Che cosa si assicura

L'assicurazione riconosce un indennizzo forfettario all'Assicurato in caso di diagnosi di Malattia Grave (così come definita nel "Glossario").

Contro quali danni posso assicurarmi

MG.2 - Garanzie prestate

Il contratto, nei limiti ed alle condizioni di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione, riconosce all'Assicurato la corresponsione della somma assicurata indicata in polizza nel caso di diagnosi, **documentata durante il periodo di validità della copertura**, di una delle seguenti malattie gravi:

- Cancro
- Ictus
- Infarto Miocardico

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

MG.3 - Limite di erogazione delle prestazioni

Fermo quanto previsto dal successivo articolo MG.4 "Condizioni della garanzia - Secondo indennizzo", **per ciascun Assicurato, la presente garanzia potrà essere erogata per un massimo di due volte per l'intera durata contrattuale. Per ciascun Assicurato, la presente garanzia è da ritenersi pertanto non più operante dopo il pagamento del secondo indennizzo.**

MG.4 - Condizioni della garanzia - Secondo indennizzo

Fermo quanto previsto dal precedente articolo MG.3 - "Limiti di erogazione delle prestazioni", successivamente al primo sinistro indennizzabile in base alla presente garanzia, in caso di seconda diagnosi di una delle malattie gravi elencate all'articolo "MG.2 – Garanzie prestate", **purché diversa da quella oggetto del primo sinistro, il contratto riconosce all'Assicurato l'ulteriore corresponsione di una somma assicurata pari al 50% della somma assicurata minore tra quella riportata sulla Scheda di copertura e quella prevista nel contratto sul quale si è avuto il primo indennizzo.**

Limitatamente al solo caso di seconda patologia di Cancro, si precisa che:

- a) **è coperto un cancro configurabile come recidiva del primo cancro** (farà fede il nuovo esame istologico ed il confronto con il precedente) **solo se diagnosticato nei successivi 5 anni dalla data di conclusione** dell'ultimo trattamento terapeutico e sia documentata e comprovata la completa guarigione (remissione) del primo cancro.
- b) **è coperto un nuovo cancro che sia istologicamente diverso dal primo cancro** (farà fede il nuovo esame istologico ed il confronto con il precedente).

Fermo quanto suindicato, **per ciascun Assicurato, il secondo (ed ultimo) indennizzo sarà riconosciuto purché siano soddisfatte, contemporaneamente, le seguenti condizioni:**

1. **la polizza sia stata rinnovata od abbia sostituito altro contratto dotato della presente garanzia, senza soluzione di continuità;**
2. **siano trascorsi almeno novanta (90) giorni dalla diagnosi del primo sinistro liquidato;**
3. **nello stesso periodo assicurativo, non sia stato corrisposto altro indennizzo per la presente garanzia.**

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un altro contratto, ai fini del riconoscimento del secondo indennizzo, è necessario che dal momento della diagnosi della seconda malattia grave per la quale viene fatta richiesta di indennizzo, sia trascorso almeno un anno dall'ultimo rinnovo annuale del contratto sostituito.

In caso di sostituzione del contratto, se l'Assicurato risulta essere stato coperto, senza soluzione continuità, con altre polizze emesse dalla Società per la garanzia "Malattie Gravi" (di cui alla presente Sezione) e per la quale sia già stato liquidato un indennizzo, la suddetta garanzia cesserà di avere efficacia dopo il pagamento del primo sinistro liquidabile a termini di contratto, che verrà indennizzato in base a quanto previsto al presente articolo.

MG.5 - Esclusioni

E' esclusa dalla garanzia l'insorgenza di una malattia grave causata direttamente o indirettamente da:

- a) **attività dolosa del Contraente e/o Assicurato;**
- b) **partecipazione dell'Assicurato e/o Contraente a delitti dolosi;**
- c) **eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;**
- d) **malattie, malformazioni, difetti fisici, stati patologici, esiti di infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della polizza di assicurazione, noti all'assicurato e non dichiarati;**
- e) **danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;**
- f) **abuso di alcool e/o psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;**
- g) **malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;**
- h) **svolgimento di una delle seguenti attività professionali:**
 - **Personale che lavora in miniere, gallerie, pozzi, dighe, tunnel ed è direttamente coinvolto nei processi di estrazione o in**

attività di costruzione o esplorazione nel sottosuolo;

- Personale che lavora in qualsivoglia piattaforma off-shore, sottomarino o nave ed è direttamente coinvolto in processi di costruzione sopra o sotto il livello del mare;
- Palombari, speleologi, sminatori, artificieri, stuntman, personale circense;
- Personale a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivi o sistemi esplosivi;
- Personale delle forze armate impiegato in missione all'estero. nonchè tutti i tumori che sono istologicamente

Inoltre, per le diverse tipologie di Malattie Gravi, valgono le seguenti esclusioni:

Cancro:

Sono esclusi dall'assicurazione:

1) qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) dalla Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione, nonchè tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi.

2) carcinoma papillare o follicolare della tiroide che non sia progredito almeno alla categoria T2N0M0 della Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione

Sono sempre esclusi, indipendentemente dalla Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione, i carcinomi midollari.

3) tumore alla prostata, salvo che non sia progredito almeno alla categoria T2bN0M0 della Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione;

4) carcinoma baso- e squamo-cellulare della pelle e dermatofibroscarcomaprotruberante.

5) cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (sangue, saliva, feci, urina, x) di cellule tumorali o molecole associate a tumori ed in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili

6) tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza;

Inoltre, fermo quanto previsto dai precedenti articoli MG.3 - Limite di erogazione delle prestazioni, e MI.4 – “Condizioni della garanzia - Secondo indennizzo”, in caso di diagnosi di un secondo episodio di Cancro, tale patologia non è in garanzia qualora si tratti di recidiva del primo cancro (farà fede il nuovo esame istologico ed il confronto con il precedente) se diagnosticato entro 5 anni dalla data di conclusione dell'ultimo trattamento terapeutico.

Ictus:

sono esclusi dall'assicurazione:

1) gli attacchi ischemici transitori (TIA)

2) le lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni

3) le emorragie secondarie in una lesione cerebrale preesistente

4) i danni cerebrali dovuti ad infezioni, vasculite, malattia infiammatoria;

5) i disturbi ischemici del sistema vestibolare

Infarto Miocardico:

sono escluse dall'assicurazione le conseguenze dirette ed indirette di sindromi coronariche acute, compresa l'angina pectoris instabile.

MG.6 - Termini di aspettativa

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa.

Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, gli anzidetti termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime.

Per converso qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese in detta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i sopra indicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.

MG.7 - Sopravvivenza alla diagnosi

La Società, corrisponderà l'indennizzo dovuto a termini di polizza, a condizione che l'Assicurato risulti essere in vita al momento della diagnosi della malattia grave denunciata.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti			
Sezione Malattie Gravi			
Garanzia	Scoperto %	Minimo scoperto o franchigia	Limite di indennizzo
Malattie Gravi			Nel limite del massimale riportato sulla Scheda di copertura. Tale massimale viene ridotto del 50% in caso di secondo indennizzo

AS - SEZIONE ASSISTENZA

Che cosa posso assicurare

AS.1 - Cosa si assicura

SARA provvede, per il tramite della Struttura Organizzativa di Assistenza ad erogare le Prestazioni di Assistenza previste nella presente sezione, consistenti in aiuto tempestivo, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito rientrante in garanzia.

Contro quali danni posso assicurarmi

AS.2 - Prestazioni fornite

La Società, tramite la Struttura Organizzativa, fornisce le prestazioni di assistenza nei modi ed entro i limiti di seguito specificati.

Formula Silver

Qualora sulla Scheda di copertura sia riportata l'indicazione della Formula Silver, la Società presterà le seguenti garanzie:

Prelievo campioni al domicilio

Qualora l'Assicurato per motivi di salute, certificati dal medico curante, sia impossibilitato a muoversi dal proprio domicilio ed abbia necessità di esami diagnostici, può richiedere alla Struttura Organizzativa di Assistenza l'organizzazione del prelievo a domicilio dei campioni da analizzare, la consegna ad un centro di analisi concordato con la Società (tra quelli più vicini all'abitazione dell'Assicurato) e l'invio degli esiti a domicilio. La Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione ed attivazione delle prestazioni, il costo del personale inviato. Il costo degli esami è a carico dell'Assicurato.

La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.

Invio medicinali od articoli sanitari al domicilio

Qualora l'Assicurato, a causa di infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza, a seguito di prescrizione medica abbia bisogno di medicine od articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa di Assistenza, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei farmaci e degli articoli sanitari è a carico dell'Assicurato.

La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.

Trasporto in autoambulanza

Qualora, a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, dopo il ricovero di primo soccorso, l'Assicurato necessiti in Italia di un trasporto in autoambulanza, la Struttura Organizzativa di Assistenza invierà direttamente l'autoambulanza. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari ad € 500 per annualità assicurativa.

Il costo eccedente il massimale previsto di € 500, per annualità assicurativa, resta a carico dell'Assicurato e sarà regolato direttamente con il fornitore intervenuto.

Rimpatrio sanitario

Qualora a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, le condizioni dell'Assicurato che si trovi all'estero, accertate tramite contatti tra i medici della Struttura Organizzativa di Assistenza ed il medico curante sul posto, rendano necessario e possibile il suo trasporto in un ospedale attrezzato in Italia od alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa riterranno più idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea, treno, autoambulanza od altro).

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi europei.

Il trasporto è organizzato interamente dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica od infermieristica, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa stessa.

La Struttura Organizzativa qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a spese della Società ha diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato. Non danno luogo alle prestazioni le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Società possono essere curate sul posto e che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali od internazionali.

Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 5.000 per annualità assicurativa.

Formula Gold

Qualora sulla Scheda di copertura sia riportata l'indicazione della Formula Gold, la Società presterà le seguenti garanzie:

Assistenza domiciliare

Qualora l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, a causa di infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza, sia degente presso il proprio domicilio e non sia in grado di espletare le funzioni essenziali (alimentazione, igiene personale, igiene ambientale, deambulazione), la Struttura Organizzativa di Assistenza, valutata l'effettiva necessità, si impegna a fornire entro le 48 ore dalla chiamata un Ausiliare socio-assistenziale per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa.

Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

Invio infermiere a domicilio

Qualora l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, a causa di infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza, sia degente presso il proprio domicilio ed abbia necessità di sottoporsi a prestazioni infermieristiche, prescritte dal medico, la Società, provvederà all'invio di un infermiere al domicilio dell'Assicurato, per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa, per effettuare tali prestazioni.

Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

Baby sitter per minori di anni 15 o badante per persone anziane

Qualora l'Assicurato, che conviva da solo con minori di anni 15, a seguito di infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza, debba ricoverarsi presso un Istituto di cura, la Società provvede al rimborso delle spese documentate per una baby sitter per un massimo di € 500 per anno assicurativo.

Qualora invece, l'Assicurato che deve ricoverarsi, conviva da solo con familiare anziano non autosufficiente, con le stesse modalità e negli stessi limiti previsti nella precedente fattispecie, verranno rimborsate le spese per un infermiere o badante.

Al fine di ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società l'originale delle fatture o ricevute di spesa.

Invio di una collaboratrice domestica

Qualora a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato si trovi presso il proprio domicilio in una condizione tale per cui necessiti una permanenza a letto certificata da prescrizione medica e necessiti di una collaboratrice domestica per l'igiene della casa, la Struttura Organizzativa di Assistenza provvederà al rimborso all'Assicurato delle spese documentate per il servizio sino alla concorrenza di € 500 per annualità assicurativa.

Al fine di ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società l'originale delle fatture o ricevute di spesa.

La presente prestazione viene fornita fino ad un massimo di due volte nel corso dell'anno assicurativo.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

AS.3 - Rischi esclusi

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- **interventi chirurgici o ricoveri anche in day hospital che siano conseguenza diretta di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o di sostituzione con il presente contratto di polizze precedenti , rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedente quelle già in corso)**
- **aborto volontario non terapeutico**
- **intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci , ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti**
- **prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;**
- **infortuni avvenuti quando l'assicurato sia in stato di ubriachezza o sotto effetto di psicofarmaci , stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico**
- **infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse all'Assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso)**
- **suicidio e tentato suicidio**
- **infortuni derivanti :**
 - **dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura)**
 - **dalla speleologia**
 - **dall'alpinismo**
 - **dallo sci estremo**
- **terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner o della coppia**
- **cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici**
- **cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza**
- **prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza); cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti.**
- **cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortunio relativamente a quanto previsto all'articolo II.3, alla garanzia "Rimborso spese odontoiatriche conseguenti ad infortunio", sempre che sia operante, od a meno che non siano rese necessarie da neoplasie verificatesi successivamente alla stipulazione del contratto; sono escluse in ogni caso le protesi dentarie e gli interventi per epulide**
- **malattie professionali, come definire dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza**
- **ricoveri per accertamenti non resi necessari da acuzie clinica**
- **conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni – provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti**
- **conseguenze derivanti da guerre , insurrezioni , movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.**

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti Assistenza			
Garanzia	Scoperto %	Minimo scoperto o franchigia	Limite di indennizzo
Perlievo campioni al domicilio			Tre eventi per annualità assicurativa
Invio medicinali od articoli sanitari al domicilio			Tre eventi per annualità assicurativa
Trasporto in autoambulanza			Importo massimo pari ad € 500 per annualità assicurativa
Assistenza domiciliare			Per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa. Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.
Invio infermiere a domicilio			Per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa, per effettuare tali prestazioni. Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.
Baby sitter per minori di anni 15 o badante per persone anziane			Per un massimo di € 500 per annuo assicurativo.
Invio di una collaboratrice domestica			Sino alla concorrenza di € 500 giorni per annualità assicurativa. Tale prestazione viene fornita fino ad un massimo di due volte nel corso dell'anno assicurativo.

TL - SEZIONE TUTELA LEGALE

Che cosa posso assicurare

TL.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società assicura all'Assicurato la Tutela Legale per sostenere il recupero dei danni extracontrattuali alla persona dell'Assicurato subiti per fatti illeciti di terzi, a seguito del verificarsi di infortunio da cui sia derivato un indennizzo corrisposto dalla Società come previsto dalle Sezioni "II - Indennità Interventi Chirurgici" e/o dalla Sezione "DC - Sezione Indennità di degenza convalescenza e gessatura" (purché rese operanti) e che coinvolga la responsabilità di un terzo.

Contro quali danni posso assicurarmi

TL.2 - Tutela legale per recupero danni alla persona

La Società, **nel limite del massimale di € 10.000 per annualità assicurativa**, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, **nei casi indicati al precedente articolo TL.1 – "Oggetto dell'assicurazione"**.

Tali oneri sono:

- le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del sinistro, **con esclusione dei patti conclusi tra il Contraente e/o l'assicurato ed il legale che stabiliscono compensi professionali**;
- le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata da SARA ai sensi dell'articolo "SXTL.1 - Denuncia e Gestione del sinistro - Scelta del legale";
- le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti purché scelti in accordo con SARA ai sensi dell'articolo SXTL.1 - Denuncia e Gestione del sinistro - Scelta del legale;
- le spese processuali nel processo penale (art. 535 Codice di Procedura Penale);
- le spese di giustizia.

E' garantito l'intervento di un **unico legale** per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'articolo **SXTL.1 - Denuncia e Gestione del sinistro - Scelta del legale**.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

TL.3 - Condizioni di operatività e Rischi esclusi dall'assicurazione

E' condizione essenziale ai fini dell'operatività della garanzia, che:

- **in caso di infortunio legato alla circolazione stradale, il conducente-assicurato sia abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore, sia munito della prescritta patente ed ottemperi agli obblighi dalla stessa indicati;**
- **la controversia non derivi da rapporti contrattuali, fatti dolosi e fatti commessi dall'Assicurato in stato di alterazione psichica o in stato di ubriachezza o per effetto di abuso di psicofarmaci o uso di allucinogeni e stupefacenti;**
- **il procedimento non si riferisca ad una sanzione amministrativa o ad una contravvenzione per la quale è ammessa l'oblazione in via breve;**
- **la controversia o la violazione penale non derivino dalla partecipazione a gare o competizioni nonché alle relative fasi preliminari o finali previste dal regolamento particolare di gara, da atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, atti di vandalismo e risse da chiunque provocate;**
- **il trasporto di persone sia effettuato in conformità alle disposizioni vigenti o alle indicazioni della carta di circolazione.**

Sono esclusi dalla garanzia:

- **il pagamento di multe, ammende, e sanzioni in genere;**
- **gli oneri fiscali quali, a titolo esemplificativo, e non limitativo quelli riferiti a bollatura di documenti e spese di registrazione di sentenze e atti in genere;**
- **rapporti inerenti al diritto di famiglia, successioni e donazioni;**
- **le spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario;**

le spese per procedimenti penali derivanti da imputazione per reato doloso dell'Assicurato.

TL.4 - Estensione territoriale

L'assicurazione è operante per i sinistri processualmente trattabili ed eseguibili:

- nei paesi dell'Unione Europea e Svizzera per le ipotesi di responsabilità di natura extracontrattuale e penale;
- nella Repubblica Italiana, Stato della Città del Vaticano e Repubblica di San Marino negli altri casi, salvo quanto previsto al punto successivo;
- **limitatamente agli infortuni verificatisi alla guida di veicoli a motore** la garanzia è estesa oltre che ai paesi indicati nei due punti precedenti, anche al territorio della Bulgaria, Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Andorra, Principato di Monaco, Romania.

TL.5 - Massimale

La garanzia è prestata entro il massimale per annualità assicurativa indicato all'articolo **TL.2 - "Tutela legale per recupero danni alla persona"** del presente contratto.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

La denuncia di sinistro, oltre alle modalità previste dalle condizioni contrattuali, può essere inoltrata accedendo all'Area Riservata presente sul sito www.Sara.it utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione. Resta esclusa da tale modalità la garanzia Assistenza laddove presente e sottoscritta.

SXII - Sezione Indennità Interventi Chirurgici

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

SXII.1 - Denuncia di sinistro ed obblighi dell'assicurato

Nel caso in cui l'Assicurato, che debba sottoporsi ad intervento chirurgico, intenda usufruire nei Centri convenzionati della procedura di pagamento diretto, deve rivolgersi alla Struttura Organizzativa Salute, l'Assicurato:

- prende visione in autonomia dei centri convenzionati sul portale internet di Sara assicurazioni www.sara.it o telefona alla Struttura Organizzativa Salute
- prenota la prestazione
- procede a richiedere la presa in carico della prestazione telefonando alla Struttura Organizzativa Salute (qualora l'Assicurato avesse necessità di supporto per la scelta la Struttura Organizzativa Salute fornisce la consulenza)
- la Struttura Organizzativa Salute invia una comunicazione di presa in carico della prestazione, nei limiti previsti dal contratto, alla struttura convenzionata ed all'assicurato, indicando la documentazione da presentare
- in caso di diniego della prestazione la Struttura Organizzativa Salute invia una comunicazione all'Assicurato motivandolo.

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto ad intervento chirurgico in un Istituto di cura non convenzionato deve darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Sede legale della Società, fermi restando i termini di prescrizione previsti dall'art. 2952 c.c.

La denuncia dovrà essere corredata da certificazione medica.

In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari e produrre copia conforme all'originale della cartella clinica completa.

In caso di infortunio, la denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Tutta la documentazione necessaria deve essere inviata all'Agenzia dove è stata stipulata la polizza od alla Sede legale della Società.

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

SXII.2 - Criteri di liquidazione Indennità interventi chirurgici, Rimborso spese odontoiatriche conseguenti ad infortunio e Rimborso spese pre e post intervento chirurgico

- In caso di intervento chirurgico la Società corrisponde all'Assicurato l'importo indicato nella "Tabella Indennizzi interventi chirurgici", corrispondente alla classe di intervento chirurgico specificata al successivo art. II.5 - "Classificazione degli interventi chirurgici in 7 classi", con riferimento alla Formula prescelta dall'Assicurato (Silver, Gold o Platinum), indicata sulla Scheda di copertura.
- Gli importi previsti per le classi VI e VII sono maggiorati del 50% qualora l'intervento chirurgico si sia svolto all'estero, escluso lo Stato Città del Vaticano, la Repubblica di S. Marino, il Principato di Monaco e la Svizzera.
- Qualora l'Assicurato abbia usufruito per l'intervento chirurgico di un **Centro di cura non convenzionato** il pagamento dell'indennità da intervento chirurgico viene effettuato su presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale che verrà restituita successivamente alla liquidazione dell'indennizzo.
- Qualora l'Assicurato abbia invece usufruito per l'intervento chirurgico di un **Centro di cura convenzionato** il pagamento delle spese, nei limiti dell'indennizzo dovuto a termini di polizza, verrà effettuato direttamente dalla Società al Centro convenzionato, in nome e per conto dell'Assicurato. Le prestazioni non sanitarie e comunque quelle non assicurate dalla polizza nonché l'eventuale importo eccedente l'indennizzo saranno invece direttamente pagate dall'Assicurato al Centro convenzionato sulla base della relativa fattura.
- Per il Rimborso delle spese odontoiatriche conseguenti ad infortunio, la Società, dietro presentazione delle copie delle fatture o ricevute debitamente quietanzate e con il previsto bollo di tassa pagato, provvederà al rimborso delle spese indicate **all'articolo II.3, alla garanzia "Rimborso spese odontoiatriche conseguenti ad infortunio", sempre che sia operante**, entro la somma massima ivi indicata per sinistro e per annualità assicurativa.

Qualora sia stata acquistata la garanzia "Rimborso spese pre e post intervento chirurgico" di cui all'articolo II.2.1 – "Rimborso spese pre e post intervento chirurgico", la Società, dietro presentazione delle copie delle fatture o ricevute, debitamente quietanzate e con il previsto bollo di tassa pagato, provvederà al rimborso delle spese indicate all'articolo II.2.1 – "Rimborso spese pre e post intervento chirurgico" entro il massimale per sinistro indicato nella "Tabella rimborso spese pre e post intervento chirurgico" di cui al successivo art. II.5 - "Classificazione degli interventi chirurgici in 7 classi". I massimali sono correlati alla relativa classe di intervento chirurgico individuata come sopra indicato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi le fatture e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro. Per paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

L'Assicurato deve sempre consentire alla Società tutte le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

SXII.3 - Controversie - Arbitrato irrituale

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più

vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il collegio medico. 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 arbitrali devono essere raccolti in un apposito verbale, da redigersi 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 relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri sul verbale definitivo.

SXII.4 - Tempi di liquidazione dell'indennizzo

Dopo avere verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro sessanta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.

SXDC - Sezione Indennità di degenza convalescenza e gessatura

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

SXDC.1 - Denuncia di sinistro ed obblighi dell'assicurato

Qualora l'Assicurato intenda richiedere un' indennità di degenza, convalescenza, gessatura o day hospital, deve darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Sede legale della Società, quanto prima possibile, fermi restando i termini di prescrizione previsti dall'art. 2952 c.c. La denuncia dovrà essere corredata da certificazione medica.

In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari e produrre copia conforme all'originale della cartella clinica completa.

In caso di infortunio, la denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Tutta la documentazione necessaria deve essere inviata all'Agenzia dove è stata stipulata la polizza od alla Sede legale della Società.

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

SXDC.2 - Criteri di liquidazione delle Indennità di degenza, convalescenza, gessatura

Nei termini previsti all'art. DC.2 - "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura":

- La Società corrisponde per ogni giorno di ricovero o gessatura un'indennità giornaliera pari agli importi indicati nella sottostante "Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", corrispondenti alla Formula prescelta dall'Assicurato ed indicata sul simplo di polizza.
- La Società, in caso di convalescenza o day hospital, corrisponde un'indennità in misura del 50% dell'importo assicurato per la degenza.
- Nel caso previsto dall'art. DC.3.3 - "Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio che determini una invalidità permanente grave", la maggiorazione prevista verrà corrisposta al consolidarsi dei postumi di Invalidità permanente.
- Nel caso previsto all'art. DC.3.5 - "Indennità per accompagnatore", il rimborso delle spese sostenute per l'accompagnatore verrà effettuato dietro presentazione delle copie delle fatture o ricevute, debitamente quietanzate e con il previsto bollo di tassa pagato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi le fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro. Per paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

Il pagamento dell'indennità viene effettuato al termine del ricovero (o day hospital) su presentazione della copia conforme all'originale della cartella clinica. La documentazione verrà restituita all'Assicurato su richiesta, successivamente alla liquidazione dell'indennizzo. In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire alla Società tutte le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari. Il pagamento dell'indennità di gessatura viene effettuato al termine del periodo indennizzabile e su presentazione di idonea certificazione medica.

TABELLA INDENNITA' DI DEGENZA, CONVALESCENZA E GESSATURA			
GIORNI DI RICOVERO CONSECUTIVI	FORMULA LIGHT	FORMULA PLUS	FORMULA SUPER
Fino a 11	€ 25	€ 50	€ 100
Da 12 a 20	€ 40	€ 80	€ 160
Da 21 a 44	€ 50	€ 100	€ 200
Da 45 fino a 180	€ 75	€ 150	€ 300
Gessatura	€ 25	€ 50	€ 75

SXDC.3 - Controversie - Arbitrato irrituale

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più

vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il collegio medico. 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 arbitrali devono essere raccolti in un apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

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

SXDC.4 - Tempi di liquidazione dell'indennizzo

Dopo avere verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro sessanta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.

SXMG - Sezione Malattie Gravi

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

SXMG.1 - Obblighi in caso di sinistro

Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una delle malattie rientranti nella definizione di "Malattia grave", il **Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Sede legale della Società, quanto prima possibile, dalla data di diagnosi della malattia, fermi restando i termini di prescrizione previsti dall'art. 2952 c.c.**

La denuncia dovrà essere corredata da certificazione medica:

- copia conforme all'originale della cartella clinica, attestante la natura della Malattia e la data di diagnosi;
- esami clinici, radiologici, istologici e di laboratorio a supporto della diagnosi della Malattia, come specificati nelle singole definizioni delle malattie gravi.

La documentazione a supporto della richiesta di prestazione deve essere necessariamente prodotta in uno dei Paesi di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

In caso contrario, la diagnosi rilasciata all'Assicurato dovrà essere confermata da una Struttura Sanitaria ubicata in Italia.

L'inadempimento degli obblighi di cui al presente articolo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

L'Assicurato deve altresì inviare alla Società eventuale ulteriore documentazione medica che risultasse necessaria per l'identificazione della Malattia, nonché fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

SXMG.2 - Controversie - Arbitrato irrituale

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società - o da un consulente medico da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata, sulla base di quanto stabilito dalle norme contenute nella Sezione CR - Malattie Gravi.

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il collegio medico.

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 arbitrali devono essere raccolti in un apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

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

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

SXMG.3 - Tempi di liquidazione dell'indennizzo

Dopo avere verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro trenta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.

SXAS - Sezione Assistenza

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

Premessa

SARA per l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza oggetto della presente garanzia si avvale di una Struttura Organizzativa esterna. SARA per l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza e la gestione dei Sinistri relativi alla garanzia Assistenza si avvale di ACI Global Servizi S.p.A., con sede Sociale in Roma - Via Stanislao Cannizzaro n. 83/a 00156 RM - e sede secondaria in Milano - Viale Sarca 336 20126 MI, autorizzata ai termini di Legge alla prestazione dei servizi oggetto del presente contratto.

In caso di Sinistro **l'Assicurato deve rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla Struttura Organizzativa che provvederà all'erogazione delle Prestazioni di Assistenza.**

SXAS.1 - Obblighi in caso di sinistro

Per ottenere una Prestazione di Assistenza, rientrante tra quelle previste nella presente sezione, l'Assicurato che si trovi in difficoltà durante il periodo di validità della Polizza, dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, **dovrà prendere contatto con la Struttura Organizzativa**, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, utilizzando uno dei seguenti numeri:

Numero verde: 800.095.095

Per chi chiama dall'estero: +39.02.66165538

Per fax: +39.02.66100944

L'Assicurato dovrà comunicare:

- il numero di Polizza;
- la Prestazione di Assistenza richiesta;
- il recapito telefonico;
- le proprie generalità complete;
- il luogo in cui si trova al momento della richiesta della Prestazione di Assistenza.

L'Assicurato è tenuto inoltre a fornire, a richiesta della Struttura Organizzativa, ogni documentazione comprovante il diritto alle Prestazioni di Assistenza oggetto della presente garanzia. Tutte le Prestazioni di Assistenza comunque devono essere autorizzate dalla Struttura Organizzativa pena la decadenza da ogni diritto.

Le spese conseguenti alle Prestazioni di Assistenza sono a carico di SARA, nei limiti fissati per ogni garanzia, dove espressamente indicato. Negli altri casi sono a carico del Contraente e/o dell'Assicurato.

Ogni comunicazione scritta ed eventuale documentazione andranno inviate all'indirizzo suindicato della Struttura Organizzativa o, in alternativa, trasmesse tramite fax.

L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione. **Le Prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di indennizzo qualora l'Assicurato non si rivolgesse alla Struttura Organizzativa al momento del Sinistro.** Viene fatta eccezione per il caso in cui l'Assicurato non potesse mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa per causa di forza maggiore (come ad esempio intervento di forze dell'ordine e/o di servizi pubblici di emergenza), che dovrà essere debitamente documentata (verbale o certificato di pronto soccorso).

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

SARA si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di Prestazioni di Assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto nella Polizza o dalla legge.

SXTL - Sezione Tutela Legale

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

SXTL.1 - Denuncia e Gestione del sinistro - Scelta del legale

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Sede legale della Società, quanto prima possibile, fermi restando i termini di prescrizione previsti all'art. 2952 c.c.

Al ricevimento della denuncia di sinistro la Società, d'intesa con l'Assicurato, svolge anzitutto ogni attività idonea a realizzare una bonaria definizione della controversia.

In mancanza di tale definizione, oppure **quando vi sia conflitto di interessi o disaccordo nella gestione del sinistro tra la Società e l'Assicurato, quest'ultimo per l'ulteriore tutela dei suoi interessi ha diritto di scegliere un legale di sua fiducia tra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove l'Assicurato ha il proprio domicilio o ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a conoscere della controversia, comunicandone il nominativo alla Società. La Società avvertirà l'Assicurato del suo diritto di scelta del legale.**

La designazione del legale di cui al precedente comma dovrà essere comunque fatta quando sia necessaria una difesa penale. L'incarico professionale al legale indicato dall'Assicurato verrà conferito esclusivamente dalla Società e l'Assicurato rilascerà al suddetto legale la necessaria procura.

La Società non è responsabile dell'operato dei legali designati.

Parimenti la Società non risponde delle eventuali iniziative poste in essere dall'Assicurato prima della presentazione della denuncia di sinistro, né del pregiudizio da queste eventualmente derivato. **Dopo la presentazione della denuncia di sinistro, l'Assicurato non può dare corso ad alcuna azione o iniziativa né addivenire alla definizione della vertenza senza preventivo benestare della Società**, che dovrà pervenire all'Assicurato entro 30 giorni dalla richiesta, pena l'inoperatività della garanzia e l'obbligo di restituire le spese eventualmente anticipate dalla Società.

Negli stessi termini e con adeguata motivazione dovrà essere comunicato il rifiuto del benestare.

L'Assicurato è tenuto a regolarizzare, a proprie spese e secondo le norme fiscali di bollo e di registro, tutti gli atti e documenti occorrenti, nonché ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della vertenza. Nei casi di ottenuta liquidazione o definizione in favore dell'Assicurato, tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi rimarranno di esclusiva spettanza dell'Assicurato stesso, mentre quanto liquidato giudizialmente o transattivamente per spese, competenze ed onorari sarà di esclusiva pertinenza della Società e/o legale designato.

La normativa del presente articolo vale anche, per quanto applicabile, relativamente alla scelta, alla nomina e all'attività professionale dei Periti.

SXTL.2 - Divergenza di valutazioni sul sinistro - Arbitrato

In caso di divergenza di valutazioni tra l'Assicurato e la Società circa la probabilità di esito favorevole di una procedura giudiziale da intraprendere o da coltivare sia in primo che nei superiori gradi di giudizio, ovvero circa la convenienza di una transazione stragiudiziale ottenibile, la Società non è tenuta a prestare ulteriormente la garanzia per il sinistro in contestazione e sospende le prestazioni in corso dandone comunicazione motivata all'Assicurato.

L'Assicurato ha facoltà di ricorrere ad una delle seguenti soluzioni, comunicando preventivamente alla Società quella scelta:

- a) adire l'autorità giudiziaria perché indichi il comportamento da tenersi.
- b) promuovere una procedura di arbitrato sui punti controversi, da attuarsi mediante la nomina congiunta di un arbitro scelto

di comune accordo o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente ai sensi di legge. Ciascuna delle Parti contribuisce per la metà alle spese della procedura arbitrale, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

c) intraprendere o proseguire la procedura giudiziaria a proprie spese. In tal caso la Società è tenuta al rimborso delle citate spese qualora l'esito della procedura sia risultato più favorevole per l'Assicurato di quello ipotizzato o proposto dalla Società stessa. Qualunque sia la soluzione prescelta, l'esposizione complessiva della Società, incluse le eventuali spese sostenute in precedenza, non potrà eccedere il massimale di polizza. La Società avvertirà l'Assicurato del suo diritto di avvalersi delle predette procedure.

SXTL.3 - Tempi di liquidazione delle spese legali

Dopo avere verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento delle spese legali dovute entro sessanta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

La presenza di un dato intervento nell'elenco non garantisce automaticamente la sua indennizzabilità, ma occorre fare riferimento alle norme generali di assicurazione.

DESCRIZIONE	CLASSE
CARDIOCHIRURGIA	
Angioplastica coronarica singola	IV
Bypass aorto coronarico singolo o multiplo	VI
Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), 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 elettrocateretri 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
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, ect.)	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
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 pancreatemia 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
Pancreatite acuta, interventi demolitivi	VI
Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	V
Splenectomia	V
Trapianto del pancreas	VII
Trapianto di polmone	
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

Laparocele, 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
Espiante di catetere peritoneale	I
Ferita, 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
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, enucleazione 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 endossea 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 sopraclavere	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 bolloso, 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
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
Tromboendarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale	VI
Tromboendarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendarteriectomia e plastica arteria femorale	V
Tromboendarteriectomia 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
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 linfadenectomia	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 linfadenectomia lombo pelvica selettiva e bioptica	V
Laparotomia per ferite e rotture dell'utero	V
Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta)	I
Linfadenectomia 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 endometrioidiche addomino-pelviche-annessiali	V
Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometrioidiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometrioidiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per	V
Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per	IV
V.A.B.R.A. a scopo diagnostico	I
Vulvectomia parziale	III
Vulvectomia parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	IV
Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	VI
Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di	IV
Vulvectomia totale	IV
OSTETRICIA	
Aborto terapeutico	II
Amniocentesi	II
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 mieloradicolari varie, interventi di	VI
Coorpo 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 splancnicectomia	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
Scheggetomia 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: splancnicectomia, 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
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari	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	
BULBO OCULARE	
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
CONGIUNTIVA	
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
CORNEA	
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
Odontocheratoprotesi (trattamento completo)	IV
Paracentesi della camera anteriore	I
Sutura corneale (come unico intervento)	I
Trapianto corneale a tutto spessore	VI
Trapianto corneale lamellare	V
CRISTALLINO	
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
IRIDE	
Cisti iridee, asportazione e plastica di	II
Iridectomia	II
Irido-dialisi, intervento per	II
Iridoplastica	II
Iridotomia	II
Prolasso irideo, riduzione	II
Sinechiotomia	II
MUSCOLI	
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
Sutura dell'iride	II
INTERVENTI PER GLAUCOMA	
Alcolizzazione nervo cigliare, intervento per	I
Ciclodialisi	III
Ciclodiatomia 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
ORBITA	
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
PALPEBRE	
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
RETINA	
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
SCLERA	
Sclerectomia (come unico intervento)	IV
Sutura sclerale	II
SOPRACCIGLIO	
Cisti o corpi estranei, asportazione di	I
Elevazione del sopracciglio, intervento per	II
Plastica per innesto o per scorrimento	II
Sutura ferite	I
TRATTAMENTI LASER	
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
VIE LACRIMALI	
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 meniscali, 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
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 vertebrotomia (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
ORL	
FARINGE - CAVO ORALE - OROFARINGE - GHIANDOLE SALIVARI	
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
NASO E SENI PARANASALI	
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
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 ricostruttive 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
ORECCHIO	
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
LARINGE E IPOFARINGE	
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
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	
ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA	
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
ENDOSCOPIA OPERATIVA	
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, TUVF)	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
PICCOLI INTERVENTI E DIAGNOSTICA UROLOGICA	
Cambio tubo cistostomico	I
Cambio tubo pielostomico	I
PROSTATA	
Agoaspirato/agobiopsia prostata	I
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)	VI
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	IV
RENE	
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
Lombotomia per ascessi pararenali	IV
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 peduncolati), 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 prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	VI
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	VI
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia 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

**Pagina lasciata
intenzionalmente in bianco**