

NOMENCLATORE DELLE GARANZIE

SAN.ARTI. TITOLARI **IMPRESSE ARTIGIANE**

Edizione 01/01/2018

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico (come da elenco di cui all'allegato A);
- day-hospital con intervento chirurgico (come da elenco di cui all'allegato A);
- intervento chirurgico ambulatoriale (come da elenco di cui all'allegato A);
- indennità di convalescenza a seguito di ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico (come da elenco di cui all'allegato A);
- diagnostica di immagine: radiologia tradizionale;
- visite specialistiche e psicoterapia;
- accertamenti diagnostici e ticket per pronto soccorso;
- pacchetto maternità;
- indennità da gravidanza;
- indennità da allattamento;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- implantologia;
- avulsione fino a un massimo di 4 denti (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia o per avulsione dei denti del giudizio);
- sindrome metabolica;
- diagnosi comparativa;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie;
- piani assistenziali per non autosufficienze;
- servizi di consulenza;
- servizio monitor salute.
- tariffe agevolate.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore di:

- imprenditori artigiani iscritti all'albo delle imprese/autonomi;
- artigiani titolari di piccole medie imprese (PMI) che applicano i CCNL dell'artigianato;
- soci di imprese artigiane;
- collaboratori di imprese artigiane;

3. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL CHIRURGICO, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE (GARANZIE VALIDE LIMITATAMENTE AGLI INTERVENTI COMPRESI NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO A)

3.1. RICOVERO CHIRURGICO IN ISTITUTO DI CURA (VALIDO ESCLUSIVAMENTE PER GLI INTERVENTI COMPRESI NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO A)

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **60 giorni** precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 60 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2. TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero.

3.3. DAY-HOSPITAL CON INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO A)

Nel caso di day-hospital chirurgico (operante esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco), la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura (valido esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco di cui all'allegato a)" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

3.4. INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE (COME DA ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO A)

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale (operante esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco), la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura (valido esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco di cui all'allegato a) lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.5. NEONATI

La Società provvede al pagamento delle spese per interventi effettuati nei primi tre anni di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite (diagnosticate nel primo anno di vita), comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di € 15.000,00 (quindicimila/zerzero) per neonato.

Si precisa che:

- tale garanzia non prevede l'erogazione della garanzia di cui al punto 3.7 "indennità sostitutiva";
- le modalità descritte all'articolo 3.6 "Modalità di erogazione delle prestazioni" ai punti a2) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati"

e b) “prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società” non si applicano alla garanzia “neonati” (pertanto la garanzia “neonati” viene sempre e comunque erogata).

3.6. MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a 1) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura (valido esclusivamente per gli interventi compresi nell’elenco di cui all’allegato a):

- lett. a) “Pre ricovero”;
- lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

che vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

punto 3.5 “Neonati”;

che viene liquidato alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto indicato.

a2) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati.

Qualora, in una struttura convenzionata con la Società venga effettuato un intervento chirurgico da parte di personale non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità e alle medesime condizioni previste in caso di ricovero in strutture non convenzionate con la Società (punto b).

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

Qualora l’Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’Assicurato nel limite di un massimale di € 8.000,00 per intervento con l’applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 2.000,00 per intervento. Nel calcolo dello scoperto non vengono prese in considerazione le seguenti voci:

punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura (valido esclusivamente per gli interventi compresi nell’elenco di cui all’allegato a):

- lett. d) “Retta di degenza”;
- lett. e) “Accompagnatore”;
- lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

che vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

Nel solo caso della garanzia di cui al punto 3.5 “Neonati”

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono rimborsate integralmente all’Assicurato nel limite del massimale previsto dalla garanzia.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.7 “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l’Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall’Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti in aggiunta all’importo complessivo dell’indennità sostitutiva.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell’Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”.

3.7. INDENNITA' SOSTITUTIVA

L’Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero (per interventi come da elenco allegato e per tutti gli interventi di trapianto d’organo effettuati presso l’SSN) né per altra prestazione ad esso connessa (fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari) avrà diritto a un’indennità di €. 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero.

NB: La prima giornata di ricovero in Istituto di cura e l’ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l’ora del ricovero e della dimissione.

La presente indennità non viene corrisposta in caso di intervento chirurgico di cui alla garanzia 3.5 “Neonati”.

3.8. MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 90.000,00 per persona.

3.9. INDENNITÀ DI CONVALESCENZA A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO A)

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico indennizzabile a termini di polizza, la Società assicura una diaria di convalescenza di € 100,00 giornalieri per un massimo di 15 giorni per anno e per persona.

La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura e deve risultare dalla cartella clinica.

4. DIAGNOSTICA DI IMMAGINE: RADIOLOGIA TRADIZIONALE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni sanitarie.

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Mammografia mono e bilaterale (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Ortopanoramica
- RX colonna vertebrale in toto
- Rx di organo apparato
- Rx endorali
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Urografia
- Qualsiasi esame contrastografico dell'Apparato Digerente

Diagnostica per immagini ecografie

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore

Ecocolordoppler

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici
- Ecocolordoppler Tiroide

Alta Diagnostica per immagini

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- Tc con e senza mezzo di contrasto
- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organodistretto- apparato
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Medicina nucleare in vivo
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale e Specialistica

- Coronarografia
- Ecografia endovascolare
- Campimetria
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettromiografia (emg)
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa
- Phmetria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea
- Esame Urodinamico
- Fluorangiografia oculare

Biopsie

- Tutte

Endoscopie diagnostiche e operative

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica (c.p.r.e.)
- Cistoscopia
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia
- Tracheobroncoscopia

Le endoscopie operative si intendono erogate nel limite di un sottomassimale rispetto a quello della “Diagnostica di immagine” di € 2.000,00 per anno/persona.

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di reperi

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia pari a:

- € 20,00 per ogni ecografia/ecodoppler e per ogni endoscopia sia diagnostica che operativa;

- € 10,00 per prestazione/ciclo di terapia per tutte le prestazioni in elenco, diverse da ecografia/ecodoppler ed endoscopie diagnostiche e operative.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 8.000,00 per persona.

Per le prestazioni di endoscopia operativa, è previsto un sottomassimale annuo di € 2.000,00 per persona.

5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il massimale annuo complessivo previsto per le prestazioni previste ai successivi punti "5.1 Visite specialistiche" e "5.2 Accertamenti diagnostici" è di € 1.200,00 per persona.

Per le prestazioni di cui al punto "5.2 Accertamenti diagnostici" è previsto un sottomassimale annuo di € 1.000,00 per persona.

5.1 VISITE SPECIALISTICHE E PSICOTERAPIA

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia; in questo caso il piano sanitario prevede un ciclo di massimo numero 10 sedute di psicoterapia all'anno per persona da parte di soggetti abilitati secondo la legge vigente.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 10,00 per ogni visita specialistica e per ogni ciclo (10 sedute) di psicoterapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

I documenti di spesa (ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

5.2 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TICKET PER PRONTO SOCCORSO

La Società provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 30,00 per ogni accertamento diagnostico. In caso di esami del sangue/di laboratorio, la franchigia di € 30,00 si intende applicata per ogni prelievo.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato, compresi anche quelli da Pronto Soccorso.

6. PACCHETTO MATERNITA'

Sono comprese nella garanzia:

- 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n.6 per gravidanza a rischio);
- le ecografie;
- le analisi clinico chimiche;
- amniocentesi e villocentesi: per le donne di età ≥ 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età <35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di 1° grado o nel caso di patologie sospette.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurata si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurata si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurata.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per Assicurata.

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa cartella clinica la Società corrisponderà un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero. La presente indennità verrà erogata anche in caso di aborto terapeutico e spontaneo.

7. INDENNITA' DA GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO

7.1 INDENNITA' DA GRAVIDANZA

Nel caso in cui l'assicurata si trovi in uno stato di gravidanza avrà diritto a un'indennità pari a € 1.000,00 (mille/zerozero) mensili per ciascuno dei seguenti mesi di gravidanza:

- 3°
- 4°
- 5°
- 6°
- 7°

Per la liquidazione mensile dell'indennità l'Iscriita dovrà inoltrare mensilmente alla Società **certificazione del ginecologo curante con l'indicazione dell'epoca gestazionale dell'Iscriita accompagnata dall'ecografia ostetrica**, e dal relativo referto, da cui si evinca la datazione della gravidanza.

Dal quarto mese fino al settimo sarà sufficiente la certificazione del ginecologo curante.

→ E' prevista una carenza di un anno in caso di ingresso in polizza all'01/01 e di sei mesi in caso di ingresso in polizza all'01/07 di ciascun anno.

7.2 INDENNITA' DA "ALLATTAMENTO"

Successivamente al parto (nel periodo di "allattamento"), per un periodo di 6 mesi, la Società riconosce all'assicurata un'indennità pari a € 400,00 (quattrocento/zerozero) mensili per un totale, corrisposto a forfait al termine del 6° mese, pari a € 2.400,00 (duemilaquattrocento/zerozero).

Per la liquidazione di tale indennità l'Assicurata dovrà inoltrare alla Società copia conforme all'originale:

- della cartella clinica completa di SDO, in caso di parto naturale o cesareo avvenuto in istituto di cura
- della cartella ostetrica, in caso di parto naturale a domicilio.

→ tale indennità verrà corrisposta indipendentemente dall'effettivo allattamento;

→ E' prevista una carenza di un anno in caso di ingresso in polizza all'01/01 e di sei mesi in caso di ingresso in polizza all'01/07 di ciascun anno.

8. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni sottoindicate ai punti 8.1 "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio" e 8.2 "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante" corrisponde a € 350,00 per persona.

8.1 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

8.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI PATOLOGIA TEMPORANEAMENTE INVALIDANTE

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di patologia temporaneamente invalidante come da elenco sottostante, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Elenco delle patologie in seguito alle quali è prevista la garanzia:

- Malattie cardiovascolari temporaneamente invalidanti
- Malattie neurologiche temporaneamente invalidanti
- Interventi di protesizzazione temporaneamente degli arti
- Fratture patologiche di grado elevato temporaneamente inabilitanti

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

9. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- Visita specialistica odontoiatrica
- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Società.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

10. IMPLANTOLOGIA

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di implantologia. Viene previsto un massimale di € 3.300,00 (tremilatrecento/zerozero) per prestazioni di implantologia dentale in un anno assicurativo.

Si specifica che:

- le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società;

- le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime **senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto**;
- ai fini liquidativi **dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.**

→ E' prevista una carenza di un anno in caso di ingresso in polizza all'01/01 e di sei mesi in caso di ingresso in polizza all'01/07 di ciascun anno.

10.1 APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI

La garanzia opera nel caso di applicazione di tre o più impianti **previsti dal medesimo piano di cura.**

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 3 o più impianti.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

10.2 APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

Viene previsto un **sottomassimale** annuo di € 1.300,00 (milletrecento/zerozero) nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 2 impianti.

- **Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.**

Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto 9.3 "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del **sottomassimale** di € 1.300,00 (milletrecento/zerozero) previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

10.3 APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Viene previsto un **sottomassimale** annuo di € 700,00 (settecento/zerozero) nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi all'impianto.

- **Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.**

11. AVULSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 4 DENTI (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia o per avulsione dei denti del giudizio)

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione fino ad un massimo di 4 denti l'anno.

Si specifica che:

- le prestazioni sono erogabili **solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società**;
 - le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime **senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto**;
 - nel caso di prestazioni di implantologia: ai fini liquidativi **dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.**
 - nel caso di avulsioni dei denti del giudizio: ai fini liquidativi **dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'avulsione.**
- **Qualora il numero complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il numero sopra indicato, il relativo costo dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.**

→ E' prevista una carenza di un anno in caso di ingresso in polizza all'01/01 e di sei mesi in caso di ingresso in polizza all'01/07 di ciascun anno.

12. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI DI VALUTAZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stato di Sindrome Metabolica, ancorché non ancora conclamata, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere **effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa** previa prenotazione, in un'unica soluzione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

13. SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà **compilare il questionario** raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e "confermare il suo invio" alla Società.

La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Assicurato l'esito della valutazione tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

La Società fornirà all'assicurato, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

La Società comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato dalla Società (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l'assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da **effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa** previa prenotazione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

La presente garanzia verrà prestata fino alla scadenza della polizza, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari **potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.** Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente polizza, all'Assicurato verrà fornito un servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con la Società a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

14. DIAGNOSI COMPARATIVA

La Società dà la possibilità all'Assicurato di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute **800-009603** l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

La Società mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

1. **Consulenza Internazionale.** UniSalute rilascerà all'Assicurato un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. **Trova Il Medico.** UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Assicurato con un **massimo di tre specialisti** scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.

3. Trova la Miglior Cura. Qualora l'Assicurato intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Assicurato laddove necessario. **Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi.** L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Assicurato di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà **contattare UniSalute e concordare con il medico la documentazione necessaria;** dovrà poi inviare alla Società la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella **specificata patologia.**

15. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. **Le prestazioni previste dai singoli pacchetti devono essere effettuate in un'unica soluzione.**

A - Prevenzione cardiovascolare

Eta' minima 40 anni

donna/uomo,

Spesa massima autorizzata €170,00 per gli iscritti di entrambi i sessi e di ogni età che si sottopongano ai seguenti accertamenti:

a) diagnostica ematochimica caratterizzata da:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Trigliceridi
- Omocisteina

b) indagini specifiche:

- Visita specialistica cardiologia
- Ecg basale

B - Prevenzione delle patologie oncologiche femminili

Per donne di età superiore a 40 anni

Spesa massima autorizzata € 140,00 per i seguenti accertamenti:

a) base comune di diagnostica ematochimica caratterizzata da:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Ca 125

b) indagini specifiche:

- Visita ginecologica e pap test
- Esame mammografico (per questo accertamento preventivo è richiesta la prescrizione in applicazione del Decreto Attuativo 187/2000, ancorché indicante “controllo e/o screening e/o check-up”)
- Ecografia pelvica

C - Prevenzione delle patologie oncologiche maschili Per uomini di eta' superiore a 45 anni

Spesa massima autorizzata € 140,00 per i seguenti accertamenti:

a) base comune di diagnostica ed ematochimica basata su:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale ed Hdl

b) indagini specifiche:

- Visita specialistica urologia
- Ecografia prostatico vescicale
- Dosaggio Psa

16. GRAVE INABILITA' DETERMINATA DA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO O DA GRAVI PATOLOGIE

Limitatamente al massimale di € 10.000,00, la Società rimborsa le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza (come indicati al successivo punto 16 “Piani assistenziali per non autosufficienze”) per stati di grave inabilità causati da infortunio (sul lavoro) che determina un'invalidità permanente superiore al 50% (tabella di riferimento I.N.A.I.L.) oppure causati da una delle seguenti gravi patologie:

- Ictus;
- Sclerosi Multipla;
- Paralisi;
- Trapianto cuore, fegato, polmone, rene, midollo sp. o pancreas;
- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali.

→ E' prevista una carenza di un anno in caso di ingresso in polizza all'01/01 e di sei mesi in caso di ingresso in polizza all'01/07 di ciascun anno.

Si precisa che la garanzia è operante solamente qualora:

- **l'infortunio sul lavoro deve essere documentato da certificato di Pronto Soccorso e deve essere avvenuto durante l'operatività del contratto;**
- **le gravi patologie elencate devono essere insorte durante l'operatività del contratto;**

Si precisa che nel computo della percentuale di invalidità permanente verranno prese in considerazione solo le conseguenze dirette dell'infortunio, senza tener conto del maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 per persona.

Tale massimale è da intendersi contrattuale e quindi fruibile nel corso dei primi tre anni del presente contratto.

17. PIANI ASSISTENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENZE

Nei casi di grave inabilità determinata da IP da infortunio sul lavoro o da gravi patologie, oltre a quanto fornito nel punto precedente, la Compagnia metterà a disposizione tramite un infermiere Case Manager (ICM) la costruzione di Piani Assistenziali personalizzati socio-assistenziali, fornendo eventualmente oltre il massimale di cui sopra anche le tariffe agevolate per badanti e per altre necessità informative/assistenziali domiciliari (il costo della prestazione è a carico dell'assicurato).

→ E' prevista una carenza di un anno in caso di ingresso in polizza all'01/01 e di sei mesi in caso di ingresso in polizza all'01/07 di ciascun anno.

18. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009603** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

19. SERVIZIO MONITOR SALUTE

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli Assicurati con età maggiore o uguale a 50 anni. Per attivare il Servizio, l'Assicurato dovrà compilare il "Questionario Monitor Salute" presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Assicurato può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L'Assicurato seguendo le indicazioni che verranno fornite durante la compilazione del Questionario, dovrà: inviare documentazione medica attestante la patologia cronica, sottoscrivere e inviare il consenso al trattamento dei dati personali; sottoscrivere e inviare il Modulo di Adesione al servizio.

In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'Assicurato al fine di concludere la procedura di attivazione del servizio.

Nel caso in cui l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Assicurato.

Unisalute, attraverso il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Assicurato, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Assicurato avrà inoltre a disposizione un massimale aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con UniSalute di cui all'Art. 19.1 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".

Per risolvere problemi di carattere tecnico, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato **800-169009**, per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato **800-244262**.

La presente garanzia è prestata per l'intera annualità assicurativa sempre che l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

19.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE

Per gli Assicurati che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati nell'Art.19 "Servizio Monitor Salute", la Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Assicurati, con le modalità sotto indicate.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 300,00 per persona.

20. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora per una delle prestazioni appartenenti a una delle garanzie previste nel piano sanitario non sia attivabile la copertura nel piano sanitario per esaurimento del massimale o prestazione inferiore alla franchigia e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

LIMITAZIONI

ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto al punto 3.5 "Neonati".
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, salvo quanto previsto al punto 5.1 "Visite specialistiche e psicoterapia";
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto ai punti 9 "Prestazioni odontoiatriche particolari", 10 "Implantologia", 11 "Avulsione fino a un massimo di 4 denti(solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia o per avulsione dei denti del giudizio)";
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;

10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
12. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
13. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
14. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
16. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 16 "Grave Inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie" in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

1. Sono escluse le invalidità permanenti dovute a malattie mentali e disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
2. Gli infortuni pregressi e le malattie insorte precedentemente all'effetto del contratto.

LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 76° anno d'età da parte dell'Assicurato.

QUALSIASI NEOPLASIA MALIGNA DI ORGANO OD APPARATO.

La diagnosi per la presa in carico ed il successivo rimborso dovrà essere supportata da adeguata certificazione di sospetto diagnostico supportato da idoneo accertamento clinico (Citologia, Istologia, Diagnostica di immagine anatomica e metabolica, markers tumorali etc).

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi sul plesso brachiale
- Intervento per ernie del disco lombo sacrali

OCULISTICA

- Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia
- Calazio
- Retina, intervento per distacco
- Interventi chirurgici per glaucoma

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia)
- Corde vocali decorticazione o Cordotomia in microlaringoscopia
- Laringectomia parziale
- Svuotamento dell'etmoide
- Interventi per poliposi nasale
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale
- Tiroidectomia totale con linfadenectomia
- Resezione Esofago Cervicale
- Dissezione Radicale del Collo
- Escissione Dotto Tireoglosso

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Intervento chirurgico per Enfisema bolloso

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via di accesso sul torace
- Tutti gli interventi in sala Emodinamica sul cuore
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasverso
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 33
- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento di Nissen per reflusso gastroesofageo
- Intervento per mega-esofago
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica

- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano

- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Ernia inguinale e femorale
- Interventi per echinococchi epatici
- Resezioni epatiche
- Resezione gastrica per ulcere non curabili farmacologicamente
- Colectomia con qualsiasi tecnica
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Fistole entero-enteriche
- Anastomosi entero-esofagee
- Polipectomia per via Laparotomica
- Intervento per prolasso rettale

UROLOGIA

- Prostatectomia sottocapsulare
- Varicocele in microchirurgia
- Surrenalectomia
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Calcolosi urinaria

GINECOLOGIA

- Isterectomia con eventuale annessiectomia
- Sacrocolpopessi per via Addominale per colpocistorettocele
- Miomectomia per via vaginale
- Interventi per endometriosi

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi su legamenti, menisco e sinovia del ginocchio in artroscopia
- Meniscectomia in artroscopia
- Osteosintesi grandi, medi e piccoli segmenti
- Riparazione Cuffia dei rotatori ed acromionplastica spalla
- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Interventi al tunnel carpale e dito a scatto
- Amputazioni di piccoli, medi e grandi segmenti

CHIRURGIA MAXILLO- FACCIALE

- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%