

# Salute & Senzatempo

La polizza **Grandi Interventi Chirurgici  
a Vita Intera con convenzionamento**

Condizioni Generali di Assicurazione - Mod. F012005 - Ed. 01/2010



# Indice

■ Nota Informativa	Nota Informativa .....	3
■ Definizioni	Definizioni .....	5
■ Condizioni Generali di Assicurazione	Norme che regolano l'assicurazione in generale .....	7
	Art. 1 - Altre assicurazioni .....	7
	Art. 2 - Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione.....	7
	Art. 3 - Indicizzazione .....	7
	Art. 4 - Rinuncia al diritto di surrogazione (art. 1916 del Codice Civile).....	7
	Art. 5 - Assicurazione per conto altrui .....	8
	Art. 6 - Proroga dell'assicurazione - Obbligo al rinnovo da parte della Società....	8
	Art. 7 - Modifiche dell'assicurazione.....	8
	Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società.....	8
	Art. 9 - Foro competente .....	8
	Art. 10 - Oneri fiscali.....	8
	Art. 11 - Titolarità dei diritti nascenti dal contratto .....	8
	Art. 12 - Legge applicabile e rinvio .....	8
	Art. 13 - Persone non assicurabili .....	8
	Art. 14 - Rischi esclusi dall'assicurazione.....	9
	Art. 15 - Termini di aspettativa - Carenze.....	10
	Art. 16 - Ambito territoriale e temporale dell'assicurazione .....	10
	Art. 17 - Facoltà della Società di non rinnovare l'assicurazione.....	10
	Art. 18 - Variazione del premio .....	10
■ Sezione "Grandi Interventi Chirurgici"	Norme che regolano l'assicurazione "Grandi Interventi Chirurgici" .....	11
	Art. 19 - Oggetto dell'Assicurazione "Grandi interventi Chirurgici" .....	11
	Art. 20 - Prestazioni e somme assicurate .....	11
	Art. 21 - Prestazioni aggiuntive (operanti solo se richiamate in polizza) .....	12
	Art. 22 - Condizioni aggiuntive (operanti sole se richiamate in polizza) .....	13
	Norme operanti in caso di sinistro .....	14
	Art. 23 - Cosa fare in caso di sinistro.....	14
	Art. 24 - Rimborso di parcele e notule mediche pagate direttamente dall'Assicurato .....	14
	Art. 25 - Controversie - Arbitrato irrituale.....	14
	Art. 26 - Cessione e concessione in pegno a terzi - Rimborso da terzi.....	14
	Convenzionamento.....	15
	Servizi di Telemedicina .....	16
■ Sezione "Assistenza"	Norme che regolano l'assicurazione "Assistenza" .....	18
	Art. 27 - Oggetto della garanzia "Assistenza" .....	18
	Art. 28 - Prestazioni di Assistenza .....	18
	Art. 29 - Norme che regolano l'erogazione delle prestazioni Assistenza .....	22
	Art. 30 - Esclusioni .....	22
	Art. 31 - Modalità per la richiesta di assistenza.....	23
■ Allegati	Allegato I - Elenco Grandi Interventi Chirurgici.....	24

- Per facilitare la lettura e la migliore comprensione delle Condizioni Generali di Assicurazione, nel rispetto di quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 209 del 07 settembre 2005,

***le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate in grassetto corsivo.***



*Nota informativa predisposta ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo n. 209 del 07 settembre 2005 ed in conformità alle circolari ISVAP in materia.*

## INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Il contratto è concluso con la società UNIQA Assicurazioni SpA che ha sede legale in Italia in via Carnia n. 26 - Milano. La società UNIQA Assicurazioni SpA è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n. 5716 del 18 agosto 1966 pubblicato sulla G.U. n. 217 del 01.09.1966 ed è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00033 -Gruppo "UNIQA ITALIA" (Albo Gruppi Assicurativi n. 007).

## INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

### LEGGE APPLICABILE

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana in base all'art. 180 del Decreto Legislativo n. 209 del 07 settembre 2005.

### RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla società UNIQA Assicurazioni SpA, Servizio Reclami, Via Carnia 26, 20132 Milano, Fax 02-28189677 e-mail: reclami@uniqagroup.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

### TERMINI DI PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

*I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile. Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.*

### DURATA DEL CONTRATTO

La Società si obbliga a rinnovare l'assicurazione ad ogni scadenza contrattuale per tutto il periodo in cui l'Assicurato resta in vita. Il Contraente ha facoltà di recedere dall'assicurazione ad ogni scadenza annuale inviando la disdetta mediante lettera raccomandata alla Società almeno 60 giorni prima della scadenza annuale. In assenza di tale comunicazione l'assicurazione è prorogata di un anno e così successivamente.

### PERIODO DI CARENZA CONTRATTUALE

Il contratto prevede inizialmente alcuni termini di aspettativa (detti anche "carenze") che decorrono dalla data di pagamento della prima rata di premio. Si tratta di periodi stabiliti in funzione delle diverse patologie durante i quali la garanzia assicurativa non è operante. I termini di aspettativa sono riportati all'art. 15 delle condizioni di assicurazione.

### DICHIARAZIONE DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente, 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.

**SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITÀ DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO, CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALLE CLAUSOLE CONCERNENTI LE GARANZIE INCLUSE ED ESCLUSE NEL CONTRATTO, LA DURATA DEL CONTRATTO, NONCHÉ LA DURATA DI UNO O PIÙ PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALMENTE PREVISTI.**



# ■ Definizioni

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

<b>Accertamenti diagnostici:</b>	le indagini diagnostiche effettuate durante il ricovero oppure in poliambulatori diagnostici atte a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia.
<b>Assicurato:</b>	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
<b>Assicurazione:</b>	il contratto di assicurazione.
<b>Assistenza infermieristica:</b>	l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.
<b>Centrale Operativa Medica:</b>	la struttura che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società organizza ed eroga per quest'ultima nei casi previsti le prestazioni garantite dalla Società.
<b>Centri di eccellenza</b>	istituti ad alta specializzazione identificati dalle autorità sanitarie per i loro standard di eccellenza in specifici settori della medicina.
<b>Consumatore:</b>	la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta (art. 3 Codice del Consumo).
<b>Contraente:</b>	il soggetto che stipula l'assicurazione.
<b>Day hospital:</b>	la degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
<b>Day surgery</b>	la degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno, <b>finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico.</b>
<b>Franchigia:</b>	è la parte di indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato nel caso che ciò sia stato preventivamente concordato nella polizza.
<b>Grande Intervento Chirurgico:</b>	gli interventi chirurgici indicati nell'Allegato 1 del presente fascicolo.
<b>Indennizzo:</b>	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>Infortunio:</b>	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce la morte o lesioni fisiche dell'Assicurato oggettivamente constatabili.
<b>Intervento chirurgico:</b>	atto medico, praticato in Istituto di cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione di tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa (laser).
<b>Istituto di cura:</b>	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie, anche in regime di degenza diurna. <b>Non si considerano istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza, le case di riposo o di soggiorno, le case aventi prevalentemente finalità del benessere, nonché le Residenze Sanitarie Assistenziali.</b>
<b>Malattia:</b>	ogni alterazione obiettiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

<b>Malattia improvvisa:</b>	Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente stato morboso diagnosticato all'Assicurato.
<b>Malattia oncologica:</b>	ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia esclusivamente maligna; sono incluse le leucemie, il morbo di Hodgkin, sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
<b>Malattia preesistente:</b>	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche, malformazioni o difetti fisici preesistenti o insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto.
<b>Malattia terminale:</b>	malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza che comporta per l'Assicurato la non autosufficienza, l'incapacità a mantenere una vita indipendente od anche a svolgere le comuni attività quotidiane.
<b>Malformazione - difetto fisico:</b>	alterazione organica, congenita o acquisita, evidente o clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della polizza.
<b>Parti:</b>	il Contraente e la Società.
<b>Polizza:</b>	il documento che prova l'assicurazione.
<b>Premio:</b>	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
<b>Ricovero:</b>	la degenza dell'Assicurato in Istituto di cura, conseguente ad infortunio e/o malattia, che comporti almeno un pernottamento.
<b>Rischio:</b>	la probabilità che si verifichi il sinistro.
<b>Scoperto:</b>	la parte di indennizzo espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.
<b>Sinistro:</b>	il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.
<b>Società:</b>	UNIQA Assicurazioni SpA.
<b>Strutture Mediche Convenzionate:</b>	la struttura sanitaria costituita da istituti di cura, centri diagnostici, ambulatori medici e medici convenzionati, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
<b>Struttura Organizzativa:</b>	è la struttura di Europ Assistance Service (Italia) SpA, Piazza Trento 8, 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per conto di quest'ultima, al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione e all'erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza.
<b>Tessera Sanitaria:</b>	documento personale che identifica l'Assicurato nel momento di accesso alle Strutture Mediche Convenzionate.
<b>Visita specialistica:</b>	visita effettuata da medico-chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

# ■ Condizioni Generali di Assicurazione

## Norme che regolano l'assicurazione in generale

### Art. 1 - Altre assicurazioni

*Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischi. L'omissione dolosa della comunicazione può comportare la perdita del diritto al rimborso. In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno di essi il nome degli altri (articolo 1910 del Codice Civile).*

### Art. 2 - Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è interamente dovuto dal Contraente, anche se sia stato concordato il frazionamento in più rate.

*Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza. Trascorso tale termine la Società può recedere dal contratto (vedi art. 17 lett. b).*

*L'assicurazione riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.*

*In caso di mancato pagamento del premio oltre 90 giorni dalla scadenza, i termini di aspettativa di cui all'art. 15 decorreranno nuovamente dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio.*

I premi devono essere pagati all'Intermediario presso il quale è assegnata la polizza o direttamente alla Società.

*Il premio è determinato dall'età dell'Assicurato al momento della stipulazione della polizza. Il premio così determinato resta costante per tutta la durata del contratto di assicurazione, salvo quanto indicato all'art. 3 - "Indicizzazione".*

Nessun aumento è dovuto per aggravamenti dello stato di salute dell'Assicurato avvenuti successivamente alla stipulazione del contratto.

### Art. 3 - Indicizzazione

*Ad ogni scadenza annuale le somme assicurate, il premio, le franchigie, i minimi e i massimi di scoperto e i limiti di indennizzo espressi in misura fissa sono soggetti ad adeguamento in proporzione al numero indice "servizi sanitari e spese per la salute" rappresentato dalla media dei numeri indice "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto. L'indicizzazione si effettua per la prima volta nel secondo anno assicurativo, ponendo a raffronto l'indice riportato nel frontespizio di polizza corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione con quello del mese di giugno successivo a quello riportato in polizza.*

*Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.*

*Ai successivi adeguamenti si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazione. L'adeguamento delle prestazioni assicurative avviene senza limite di età, senza nuova carenza per le maggiori prestazioni e prescindendo da eventuali aggravamenti dello stato di salute dell'Assicurato avvenuti successivamente alla stipulazione del contratto.*

*Ai fini dell'indicizzazione del premio viene preso come base di calcolo dell'adeguamento il premio che il Contraente dovrebbe corrispondere in relazione all'età dell'Assicurato al momento dell'adeguamento.*

*Non sono soggetti ad indicizzazione le garanzie ed il premio dell'assicurazione Assistenza.*

### Art. 4 - Rinuncia al diritto di surrogazione (art. 1916 del Codice Civile)

La Società rinuncia al diritto di surrogazione nei confronti delle seguenti persone:

- Familiari conviventi dell'Assicurato;
- Familiari non conviventi dell'Assicurato fino al 3° grado di parentela;
- Contraente e Assicurati nella medesima polizza (quando il Contraente non sia una persona fisica, la Società rinuncia al diritto di surrogazione anche nei confronti dei legali rappresentanti).

- Art. 5 - Assicurazione per conto altrui**  
Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.
- Art. 6 - Proroga dell'assicurazione - Obbligo al rinnovo da parte della Società**  
*La Società si obbliga a rinnovare l'assicurazione ad ogni scadenza contrattuale per tutto il periodo in cui resta in vita l'Assicurato ed alle condizioni di premio derivanti dall'applicazione dell'art. 3 - "Indicizzazione" delle Condizioni Generali di Assicurazione, ferme restando le altre condizioni di polizza.*  
*Il Contraente, indipendentemente dalla durata del contratto, ha facoltà di recedere dall'assicurazione ad ogni scadenza annuale, inviando disdetta mediante lettera raccomandata alla Società almeno 60 giorni prima della scadenza annuale. In assenza di tale comunicazione l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.*  
In caso di mancato rinnovo dell'assicurazione non si applica quanto disposto all'art. 1901, secondo comma, del Codice Civile.
- Art. 7 - Modifiche dell'assicurazione**  
*Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.*
- Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società**  
*Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto nei confronti della Società dovranno essere fatte esclusivamente per iscritto, telefax o posta elettronica alla Direzione della Società.*
- Art. 9 - Foro competente**  
Nel caso in cui il Contraente sia Consumatore il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo in Italia del Contraente.  
Nel caso in cui il Contraente non sia Consumatore il Foro competente è, a scelta della parte attrice, quello del luogo ove ha sede legale il Contraente o la Società.
- Art. 10 - Oneri fiscali**  
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.
- Art. 11 - Titolarità dei diritti nascenti dal contratto**  
Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dal contratto non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.
- Art. 12 - Legge applicabile e rinvio**  
Il presente contratto è regolato dalla legge italiana, da ritenersi applicabile anche per tutto quanto non è qui diversamente regolato.
- Art. 13 - Persone non assicurabili**  
*Premesso che la Società non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, qualora al momento della stipulazione della polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), epilessia, o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organico-cerebrali (di tipo psichiatrico); schizofrenia, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive, si conviene che, qualora l'Assicurato fosse colpito da una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate durante la validità del contratto, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale successiva alla data della diagnosi, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.*  
*L'eventuale incasso di premi successivi non pregiudica la cessazione dell'assicurazione ed i relativi premi verranno restituiti al Contraente (al netto delle imposte).*  
*L'Assicurato è obbligato a restituire gli indennizzi percepiti a fronte di sinistri accaduti successivamente alla cessazione dell'assicurazione.*  
*In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.*  
*L'assicurazione può essere stipulata a favore di persone che, al momento della stipulazione della polizza, abbiano un'età superiore a 17 anni e inferiore a 66 anni, salvo patto speciale.*

## Art. 14 - Rischi esclusi dall'assicurazione

*L'assicurazione non è operante per le spese relative a:*

- a) *conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione della polizza salvo che l'Assicurato non ne fosse a conoscenza, nonché malformazioni e anomalie congenite, ad eccezione di quelle clinicamente non evidenti. In caso di passaggio ad una tariffa superiore l'Assicurato non ha diritto alle maggiori prestazioni per malattie e/o infortuni e loro conseguenze manifestatesi nel corso della precedente tariffa, salvo patto speciale;*
- b) *malattie, infortuni e loro conseguenze dovuti a: tentato suicidio, forme maniaco depressive, ivi compresi i comportamenti nevrotici, abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, anfetamine e simili, risse, delitti, aggressioni o atti violenti anche a movente politico (salvo partecipazione involontaria), atti di guerra, operazioni militari, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni o altre calamità naturali se è stato dichiarato lo "stato di calamità naturale", malattie e infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.) salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- c) *sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);*
- d) *conseguenze della pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti, anche se esercitati non professionalmente: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme e arti marziali, alpinismo con scalata di roccia od accesso ai ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, free-climbing, kayak, rafting, jumping, bob, rugby e football americano, immersione con autorespiratore, motocross, giri su pista, paracadutismo e sport aerei in genere (ivi compresi i voli con deltaplano, ultraleggeri e simili);*
- e) *conseguenze di infortuni derivanti dalla guida di veicoli o natanti se il conducente assicurato è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi con un tasso di alcolemia pari o superiore a 1,2 grammi/litro;*
- f) *infortuni e loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a gare, relative prove ed allenamenti effettuati sotto l'egida della federazione sportiva di appartenenza, salvo che si tratti di gare podistiche, pesca non subacquea, gare di bocce, tiro con l'arco, tennis, golf, sci di fondo, pattinaggio; sono inoltre esclusi gli infortuni e le loro conseguenze derivanti da sport in ordine ai quali l'Assicurato percepisca una remunerazione, salvo patto speciale;*
- g) *prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni o malattie verificatisi in vigenza di polizza e purché pertinenti all'infortunio o alla malattia che abbia originato il grande intervento chirurgico assicurato) e le relative conseguenze;*
- h) *cure dentarie di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, con o senza intervento chirurgico anche se effettuate in istituti di cura con ricovero, cure paradontali, e le relative conseguenze, salvi i casi di cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o di infortunio che abbia originato il grande intervento chirurgico assicurato;*
- i) *protesi in genere nonché acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici;*
- j) *soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo, cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, ospedali militari, ospizi per le persone anziane, ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana. Sono inoltre esclusi i ricoveri per cure dimagranti e simili, per fitoterapia, ginnastica passiva, sauna, autoemoterapia, ozonoterapia, riflessoterapia;*
- k) *ricoveri senza intervento chirurgico;*
- l) *prestazioni finalizzate al trattamento della sterilità, impotenza, nonché tutte le procedure per la fecondazione assistita;*
- m) *interventi chirurgici non rientranti nell'allegato 1;*
- n) *medicinali non iscritti alla farmacopea, come pure preparati non riconosciuti;*
- o) *onorari dei medici non autorizzati ad esercitare la professione.*

**Art. 15 - Termini di aspettativa - Carenze**

*Fermo il disposto dell'art. 2 - "Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione", la garanzia decorre dalle ore 24.00:*

- a) del giorno di pagamento del premio per gli infortuni;*
- b) del 30° giorno successivo a quello di pagamento del premio per le malattie di acuta insorgenza;*
- c) del 100° giorno successivo a quello di pagamento del premio per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, non conosciute e/o non diagnosticate al momento del pagamento del premio.*

*Qualora il presente contratto sostituisca altro contratto - stipulato con la stessa Società - senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati ed identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:*

- a) dal giorno in cui aveva effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;*
- b) dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da esso previste.*

*Analogamente, in caso di variazioni intervenute in corso del presente contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data di variazione per le maggiori somme assicurate e le diverse persone o prestazioni assicurate.*

**Art. 16 - Ambito territoriale e temporale dell'assicurazione**

*L'assicurazione vale in tutto il mondo.*

*Sotto il profilo temporale l'assicurazione è operante per i grandi interventi chirurgici effettuati nel periodo di validità dell'assicurazione a condizione che la malattia e l'infortunio che li hanno determinati si siano verificati o siano stati diagnosticati nel medesimo periodo.*

**Art. 17 - Facoltà della Società di non rinnovare l'assicurazione**

*Esclusivamente nei seguenti quattro casi la Società non è obbligata a rinnovare l'assicurazione:*

- a) comportamenti del Contraente o dell'Assicurato atti a esagerare dolosamente l'entità del sinistro;*
- b) mancato pagamento del premio entro il 30° giorno dalla scadenza come da art. 2 - "Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione", secondo comma: se la Società intende avvalersi di tale facoltà deve darne comunicazione al Contraente mediante lettera raccomandata nella quale si precisa che, trascorsi ulteriori 14 giorni senza pagamento del premio, l'assicurazione cessa alle ore 24 del giorno di scadenza per il quale il premio non è stato pagato;*
- c) cessazione del Contraente se questo non è persona fisica; se il Contraente è una persona fisica, in caso di sua scomparsa, la Società è obbligata a rinnovare il contratto con gli Assicurati della medesima polizza che ne facciano richiesta entro 60 giorni dalla scadenza annuale ed i premi saranno pari a quelli che sarebbero stati per loro dovuti se non ci fosse stata la scomparsa del Contraente;*
- d) mancata accettazione da parte del Contraente delle eventuali variazioni ai sensi dell'art. 18 - "Variazione del premio".*

**Art. 18 - Variazione del premio**

*Qualora si verificassero variazioni significative ed oggettive nel Servizio Sanitario Nazionale, per tali intendendosi (a titolo esemplificativo e non esaustivo): non obbligatorietà dello stesso, riduzione delle prestazioni (per ricoveri, interventi chirurgici, visite o esami) dallo stesso fornite, o variazioni significative ed oggettive delle basi statistico-attuariali utilizzate per la determinazione della tariffa (quali ad esempio l'evoluzione del costo e/o della frequenza delle prestazioni; l'evoluzione delle basi demografiche, del tasso di storno e della speranza di vita), la Società si riserva la facoltà di variare il premio in corso.*

*La variazione verrà applicata alla totalità delle polizze stipulate con la Società, denominate SALUTE & SENZATEMPO - Formula Grandi Interventi Chirurgici Vita intera con convenzionamento, in breve Tariffe G.*

*Resta inteso che tale variazione non terrà conto dell'eventuale aggravamento dello stato di salute del singolo Assicurato determinatosi successivamente alla stipulazione del contratto.*

La Società comunica il nuovo premio al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza annuale e, qualora il Contraente non intendesse accettare le nuove condizioni di premio, avrà la facoltà di astenersi dal pagamento del premio in deroga a quanto stabilito dall'art. 6 - "Proroga dell'assicurazione - Obbligo al rinnovo da parte della Società" ed il contratto si risolverà alla scadenza senza necessità di disdetta.

## ■ Sezione "Grandi Interventi Chirurgici"

### Norme che regolano l'assicurazione "Grandi Interventi Chirurgici"

#### Art. 19 - Oggetto dell'Assicurazione "Grandi Interventi Chirurgici"

A norma e nei termini delle condizioni generali d'assicurazione e delle tariffe applicate, la Società rimborsa le spese accertate e documentate a seguito di **Grande Intervento Chirurgico** elencato nell'allegato 1, reso necessario da malattia o infortunio.

#### Art. 20 - Prestazioni e somme assicurate

La somma assicurata rappresenta il limite massimo annuo per Assicurato.

NOME DELLA TARIFFA	G084/09	G120/09	G150/09
<b>SOMMA ASSICURATA (Euro)</b> Intendendosi per tale il limite massimo annuo per Assicurato.	<b>Le somme assicurate sono riportate nel "modello iniziale 00"</b>		
Ricovero = retta di degenza, onorari dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento, compresi apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento, assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;			
Prelievo di organi o di parte di essi = il ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, l'intervento chirurgico di espanto, le cure, i medicinali e la retta di degenza;			

PRESTAZIONI	SOMME ASSICURATE in Euro (Intendendosi per tale il limite massimo annuo per Assicurato)
Rimborso di visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 100 giorni precedenti e successivi al ricovero, <b><i>purché queste prestazioni siano ad esso inerenti.</i></b>	<b>Le somme assicurate sono riportate nel "modello iniziale 00"</b>
<b><i>Trasporto in Istituto di cura</i></b> - rimborso delle spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile o con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di ritorno alla propria abitazione.	

<p><b>Assistenza domiciliare per malattie terminali</b> - rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per assistenza domiciliare continuativa, medica od infermieristica, fornita da idonee strutture sanitarie, all'uopo costituite e la cui attività sia legalmente riconosciuta; importo giornaliero per un periodo massimo di 240 giorni per evento.</p>	<p><b>Le somme assicurate sono riportate nel "modello iniziale 00"</b></p>
<p><b>Assistenza infermieristica privata</b> - rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per assistenza infermieristica professionale privata, sia durante il ricovero che nei 100 giorni successivi alla dimissione.</p>	
<p><b>Supporto psicologico all'Assicurato</b> - rimborso di sedute specialistiche in caso di diagnosi di: Sclerosi multipla, Alzheimer, Neoplasia maligna, Ictus cerebrale, Morbo di Parkinson, Infarto miocardio acuto, Patologia coronarica che richieda intervento chirurgico, Paralisi a seguito di infortunio.</p>	
<p><b>Indennità sostitutiva</b> - l'Assicurato, in alternativa al rimborso delle spese, ha diritto ad <b>una indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero con pernottamento</b>.</p>	

Nel caso in cui l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a Strutture Mediche Convenzionate è previsto un aumento nella misura del 10% della somma assicurata.

## Art. 21 - Prestazioni aggiuntive (operanti solo se richiamate in polizza)

### 21.1) Prestazioni per "GRAVI PATOLOGIE"

Le garanzie della presente polizza vengono estese alle cure, purché diagnosticate, delle malattie di seguito descritte fino ad un massimo del 10%, per anno assicurativo e per Assicurato. Per cure s'intendono accertamenti diagnostici, visite specialistiche, ricovero con o senza intervento chirurgico e terapie (radianti, chemioterapiche) rese necessarie dalle malattie sotto indicate.

- **INFARTO DEL MIOCARDIO** (attacco cardiaco) intendendosi per tale la morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:
  - ripetuti dolori al torace;
  - cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infartuato;
  - aumento degli enzimi cardiaci.
- **CORONAROPATIA** intendendosi per tale la malattia che determina intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma di grave angina pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzato alla disotturazione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o esami diagnostici similari.
- **ICTUS CEREBRALE** (colpo apoplettico) intendendosi per tale un attacco cerebrovascolare che produca un deficit neurologico permanente risultante da infarto o morte del tessuto cerebrale dovuto all'ostruzione di un vaso intracranico, da trombosi o embolia o risultante da emorragia cerebrale. Le patologie ischemiche reversibili, pur se prolungate, e gli attacchi ischemici transitori non sono rimborsabili. La natura permanente del deficit deve essere confermata da certificazione dello specialista neurologo dopo almeno un mese dall'evento, da TAC o RMN, elettroencefalogramma.
- **CANCRO** intendendosi per tale un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro

localizzato e non invasivo (carcinoma in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus HIV ed il cancro della pelle che non sia il melanoma. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.

#### **21.2) Prestazioni per "Riabilitazione e Fisioterapia extra ricovero" conseguente a Grande Intervento Chirurgico**

La Società rimborsa fino alla concorrenza del 5% della somma assicurata le spese accertate e documentate sostenute per cure riabilitative e fisioterapiche, anche senza ricovero, purché sostenute nei 100 giorni successivi ad un Grande Intervento Chirurgico assicurato e ad esso inerenti.

Nel caso sia operante la prestazione aggiuntiva 21.1 la presente prestazione è operante anche a seguito di ricoveri per Gravi patologie intendendosi per tali quelle descritte al punto 21.1.

#### **21.3) Prestazioni per "Diaria giornaliera per convalescenza" conseguente a Grande Intervento Chirurgico**

In caso di ricovero che comporti almeno 5 pernottamenti consecutivi, l'Assicurato ha diritto ad una diaria da convalescenza per un importo pari a Euro 100,00 al giorno per un numero di giorni pari a quelli del ricovero. Tale garanzia è prestata fino ad un massimo di 20 giorni per anno assicurativo.

Nel caso sia operante la prestazione aggiuntiva 21.1 la presente prestazione è operante anche a seguito di ricoveri per Gravi patologie intendendosi per tali quelle descritte al punto 21.1.

### **Art. 22 - Condizioni aggiuntive (operanti sole se richiamate in polizza)**

#### **22.1) Retta per l'accompagnatore**

Rimborso delle spese sostenute per vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura *fino ad un massimo di Euro 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per Assicurato e anno assicurativo.*

#### **22.2) Franchigia fissa per sinistro**

A seguito di ogni sinistro indennizzabile a termini di polizza, il rimborso delle spese avverrà previa detrazione di una franchigia fissa di Euro 3.500,00. Tale franchigia non si applica alla "Indennità sostitutiva" prevista all'art. 20 - "Prestazioni e somme assicurate".

#### **22.3) Persone assicurabili**

*A parziale deroga dell'art. 13, delle delimitazioni dell'assicurazione, la garanzia può essere estesa ai minori di 18 anni. L'assicurato minorenni usufruisce di un premio agevolato riservato alla minore età. Al raggiungimento della maggiore età (fissata nei 18 anni) il premio verrà automaticamente adeguato alla prima scadenza annua di polizza al premio 18 anni corrispondente.*

# Norme operanti in caso di sinistro

## Art. 23 - Cosa fare in caso di sinistro

L'Assicurato che necessita di una delle prestazioni previste dal presente contratto potrà avvalersi delle seguenti opzioni:

- a) *usufruire del pagamento diretto delle spese*, secondo quanto previsto al capitolo "Convenzionamento" (vedi pagina seguente), attivando preventivamente la **Centrale Operativa Medica che effettuerà la prenotazione della Struttura Medica Convenzionata**;
- b) *richiedere il pagamento a rimborso delle spese anticipate all'Istituto di cura e/o al medico non convenzionato*.

In ogni caso l'Assicurato, in caso di sinistro con o senza ricovero, deve darne comunicazione alla Società entro e non oltre trenta giorni dallo stesso.

In caso di intervento chirurgico assicurato l'Assicurato deve presentare alla Società copia autentica della cartella clinica completa di anamnesi patologica temporale prossima e remota rilasciata dall'Istituto di cura unitamente a fatture, notule e ricevute in originale.

## Art. 24 - Rimborso di parcelle e notule mediche pagate direttamente dall'Assicurato

La Società procederà al rimborso a **condizione che vengano consegnati, entro un anno dalla fine della cura o dalla fine della degenza, gli originali** delle parcelle, delle notule e dei documenti sui quali siano indicati nome, cognome e domicilio della persona che si è sottoposta alle cure e che risultino pagati e quietanzati.

*Le spese in valuta estera verranno calcolate in Euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi. Tutta la documentazione fornita durante la gestione del sinistro resta acquisita dalla Società salvo le fatture, notule e ricevute in originale che verranno restituite all'Assicurato dietro richiesta.*

## Art. 25 - Controversie - Arbitrato irrituale

*In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.*

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

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

*I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in 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 si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.*

## Art. 26 - Cessione e concessione in pegno a terzi - Rimborso da terzi

*Non possono essere né cedute né concesse in pegno richieste di terzi sulle prestazioni assicurative. Nel caso in cui l'Assicurato abbia diritto al rimborso da parte di terzi (Servizio Sanitario Nazionale, Casse Mutue, ecc.), la Società è tenuta al rimborso delle spese indennizzabili rimaste a carico dell'Assicurato, entro i limiti fissati dalla tariffa.*

# Convenzionamento

## Aumento somma assicurata - Pagamento diretto - Modalità di accesso

Con l'utilizzo di Strutture Mediche Convenzionate, l'Assicurato potrà usufruire di due benefici:

1. aumento della somma assicurata prevista all'art. 20 "Prestazioni e somme assicurate";
2. pagamento diretto da parte della Società delle spese convenzionate.

### 1) Aumento della somma assicurata prevista all'art. 20 "Prestazioni e somme assicurate".

Nell'ambito delle Strutture Mediche Convenzionate, la Società garantisce all'Assicurato un aumento della somma assicurata nella misura del 10%, come previsto dall'art. 20 "Prestazioni e somme assicurate".

### 2) Pagamento diretto delle spese convenzionate;

Per usufruire del pagamento diretto delle spese convenzionate da parte della Società, l'Assicurato deve necessariamente seguire le operazioni di seguito indicate:

- a) telefonare alla Centrale Operativa Medica tramite i numeri telefonici indicati sulla Tessera Sanitaria o sul sito internet della Società ([www.uniqagroup.it](http://www.uniqagroup.it)) almeno 24 ore prima del ricovero;
- b) comunicare alla Centrale Operativa Medica i seguenti dati:
  - numero di polizza;
  - nome e cognome dell'Assicurato che ha necessità di usufruire del servizio;
  - tipo di prestazione richiesta;
  - luogo e numero telefonico dove essere rintracciati durante lo svolgimento dell'attivazione;
- c) motivare alla Centrale Operativa Medica la richiesta della prestazione inviando, anche tramite fax, la richiesta del medico curante con l'indicazione dell'intervento chirurgico da effettuare e della data di insorgenza della relativa patologia/sintomo.

La Centrale Operativa Medica acquisite le informazioni sopra indicate provvede a:

- d) valutare la documentazione medica e verificare se l'intervento da effettuare è compreso nelle garanzie di polizza;
- e) richiedere eventuale ulteriore documentazione medica qualora quella ricevuta non sia ritenuta sufficiente alla corretta valutazione dell'intervento;
- f) concordare con l'Assicurato la Struttura Medica Convenzionata, le modalità e i tempi del ricovero e dell'intervento;
- g) effettuare la prenotazione della Struttura Medica Convenzionata e confermare all'Assicurato la "Presa in carico". Tale lettera di "Presa in carico" dovrà essere sottoscritta dall'Assicurato all'atto dell'accettazione nella Struttura Medica Convenzionata.

**La "Presa in carico" è un documento che riporta gli impegni reciproci tra la Centrale Operativa Medica e la Struttura Medica Convenzionata con particolare riferimento alle condizioni di polizza (limiti di spesa, franchigie e scoperti).**

Resta inteso **che il pagamento diretto non sarà possibile** nei seguenti casi:

- quando a insindacabile giudizio della Commissione medica della Centrale Operativa Medica non vi sia diritto alla prestazione richiesta;
- quando il pagamento diretto non sia stato confermato dalla Centrale Operativa Medica;
- quando le spese siano relative a ricoveri o interventi chirurgici diversi da quelli per cui sia stato confermato il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa Medica;
- quando i ricoveri o gli interventi chirurgici non siano effettuati in Strutture Mediche Convenzionate o, ancorché effettuate all'interno di queste ultime, qualora le prestazioni siano erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica; in tal caso la liquidazione avverrà con il pagamento diretto per le sole spese relative alla Struttura Medica Convenzionata e il pagamento delle prestazioni erogate dai medici non convenzionati dovrà essere effettuato dall'Assicurato che provvederà poi alla relativa richiesta di rimborso.

L'elenco delle Strutture Mediche convenzionate con la Centrale Operativa Medica può variare in conseguenza dell'entrata e/o dell'uscita di Strutture Mediche Convenzionate dalle convenzioni. Per conoscere l'elenco aggiornato potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa Medica o visitare il sito della Società [www.uniqagroup.it](http://www.uniqagroup.it).

# Servizi di Telemedicina

Con la sottoscrizione della polizza, l'Assicurato ha diritto ad usufruire dei seguenti servizi:

## 1) CARTELLA MEDICA PERSONALE E CARD SALVAVITA

### 1.a Cartella Medica Personale

La Cartella Medica Personale è uno strumento che permette di conservare, in modo informatizzato e protetto, tutta la propria storia medica personale, consentendo l'accesso ai dati al personale medico per un consulto in caso di emergenza e non, attraverso i codici riportati sulla Tessera Sanitaria Salvavita (vedi paragrafo successivo).

### 1.b Tessera Sanitaria Salvavita

La Tessera Sanitaria Salvavita è una tessera contenente i dati necessari al personale medico in caso di emergenza (gruppo sanguigno, allergie, sito internet a cui accedere in caso di emergenza e relative USER ID e Password di emergenza).

#### **Modalità di attivazione del servizio:**

L'Assicurato riceve dalla Società la Tessera Sanitaria Salvavita riportante il codice identificativo personale. Tale codice, mediante l'accesso al sito [www.uniqagroup.it](http://www.uniqagroup.it), consentirà all'Assicurato, seguendo le istruzioni riportate sul sito medesimo, di attivare la propria Cartella Medica Personale, nella quale potrà inserire la propria storia sanitaria e gli esiti degli esami clinici effettuati.

Sulla Tessera Sanitaria Salvavita sarà inoltre indicato il sito web e la password di emergenza che permetterà al personale medico di accedere, in sola lettura, ai dati che l'Assicurato stesso ha espressamente identificato come dati da "mostrare in emergenza".

## 2) TELECONSULTO POST INTERVENTO - "Visual Medicare"

A seguito di ricovero ospedaliero per malattia e/o infortunio che abbiano comportato intervento chirurgico, l'Assicurato potrà richiedere l'attivazione dei servizi di "teleconsulto" e di "telemonitoraggio" attraverso la comunicazione audiovisiva con il Centro Medico di Medic4All ed attraverso l'utilizzo del kit "VISUALMEDICARE" per il rilevamento dei seguenti parametri:

- pressione arteriosa;
- frequenza cardiaca;
- frequenza respiratoria;
- ECG.

#### **Modalità di attivazione del servizio:**

- a) L'Assicurato dovrà comunicare, alla Centrale Operativa di Medic4all, almeno 48 ore prima delle dimissioni dall'Ospedale, la propria volontà ad usufruire del servizio di Teleconsulto. L'Assicurato comunica inoltre alla Centrale Operativa il numero di polizza, il domicilio presso il quale sarà installato il kit "VISUALMEDICARE" e invia tramite fax alla Centrale Operativa copia della lettera di dimissioni rilasciata dall'Ospedale, comprovante il diritto all'utilizzo del servizio.
- b) La Centrale Operativa concorda con l'Assicurato la data di attivazione del servizio.
- c) Alla data concordata, un operatore autorizzato si recherà presso il domicilio dell'Assicurato, installerà il Kit "VISUALMEDICARE" composto da Gateway, MedicEye, Miniclinic, sfigmomanometro (per i soli casi in cui l'intervento sia relativo a patologie riguardanti l'apparato respiratorio o cardiocircolatorio il kit sarà composto da Gateway, MedicEye, bilancia e Wristclinic che consente inoltre il monitoraggio della saturazione del sangue, oltre ai parametri già citati), fornirà le istruzioni e le indicazioni per l'utilizzo ed effettuerà, insieme all'Assicurato, il primo collegamento con il centro medico operativo.
- d) Nelle tre settimane successive alla data di dimissioni dall'Ospedale, l'Assicurato potrà usufruire del servizio di teleconsulto che gli permetterà, utilizzando gli strumenti di monitoraggio forniti, di inviare i dati rilevati con le apparecchiature al Centro Medico di Medic4All che li commenterà direttamente, in videoconferenza, con l'Assicurato e provvederà a collocare gli stessi nella "Cartella Clinica Web".

### 3) SERVIZI DI PROTEZIONE IN VIAGGIO

#### **3.a Tele-farmacologia con sms medicale**

Se l'Assicurato si trova all'estero e ha bisogno di conoscere il nome commerciale locale di un farmaco o del corrispondente principio attivo, è a sua disposizione 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, il servizio di tele-farmacologia con SMS medicale che gli consente di ottenere tale informazione.

##### **Modalità di erogazione**

- L'Assicurato dovrà chiamare il numero verde riportato sulla Tessera Sanitaria e richiedere l'attivazione del servizio di tele-farmacologia con sms medicale.
- Un medico della centrale segnala entro 30 minuti all'Assicurato il corrispettivo nome commerciale locale del farmaco richiesto (o del principio attivo) con un sms, un fax o un'e-mail.

#### **3.b Tele-prescrizione medica multilingue**

Se l'Assicurato si trova all'estero e ha bisogno di assumere un farmaco (OTC) senza avere la ricetta medica con sé, è a sua disposizione 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, il servizio di tele-prescrizione medica multilingue.

##### **Modalità di erogazione**

- L'Assicurato dovrà chiamare il numero verde riportato sulla Tessera Sanitaria consegnata insieme alla polizza e richiedere l'attivazione del servizio di tele-prescrizione medica multilingue.
- Un medico compila la prescrizione medica necessaria, indicando anche il dosaggio consigliato, e la invia entro 30 minuti all'Assicurato per fax o e-mail.
- Il medico invia inoltre all'Assicurato la ricetta (del farmaco OTC) scritta nella lingua del luogo, con l'indicazione del nome commerciale locale del farmaco o del principio attivo.
- Nel caso in cui il farmaco richiesto non sia commercializzato nel Paese dove l'Assicurato si trova, verrà fornita l'indicazione di un prodotto analogo.

#### **3.c Medic Eye**

In caso di necessità, anche urgente, l'Assicurato ha, 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, in Italia o nel mondo, la possibilità di parlare, in lingua italiana, con un medico della centrale medica, di poterlo vedere e consultare attraverso un video consulto internet. In tal modo l'Assicurato riceverà il supporto medico necessario ed eventualmente i consigli per il trattamento.

##### **Modalità di erogazione**

- L'Assicurato dovrà chiamare il numero verde riportato sulla Tessera Sanitaria consegnata insieme alla polizza e collegarsi alla sua cartella medica personale.
- La centrale di telemedicina comunica all'Assicurato il numero della sala web attivo all'interno della sua cartella medica on-line, attraverso la quale avverrà il video consulto medico.
- L'appuntamento con il medico è previsto entro un tempo massimo di 40 minuti.

## ■ Sezione “Assistenza”

(garanzia operante solo se indicata in polizza)

### Norme che regolano l'assicurazione “Assistenza”

#### Art. 27 - Oggetto della garanzia Assistenza

La Società, alle condizioni ed entro i limiti di seguito riportati, si obbliga a prestare all'Assicurato che, in concomitanza di un grande intervento chirurgico assicurato ne abbia necessità, le prestazioni sotto descritte.

Per poter usufruire delle prestazioni di Assistenza l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa, come indicato all'art. 31 - Modalità per la richiesta di assistenza.

#### Art. 28 - Prestazioni di Assistenza

##### Art. 28.1 - Consulenza medica telefonica

Qualora l'Assicurato, in previsione o a seguito di un grande intervento chirurgico assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto, direttamente o tramite il proprio medico curante, con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

##### Art. 28.2 - Invio di un medico generico a domicilio in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di un grande intervento chirurgico assicurato, necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato, o nel luogo in cui questi si trova, purché sempre in Italia, a spese della Società uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento mediante autoambulanza dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino.

##### Art. 28.3 - Invio di un infermiere a domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di un grande intervento chirurgico assicurato, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di Euro 200,00 per sinistro.

##### Art. 28.4 - Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di un grande intervento chirurgico assicurato, abbia bisogno, come da prescrizione medica scritta, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio, o dal luogo in cui si trova, per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari rimane a carico dell'Assicurato.

##### Art. 28.5 - Consegna spesa a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di un ricovero in istituto di cura superiore a 5 giorni per un grande intervento chirurgico assicurato, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi 15 giorni di convalescenza post-ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, **compatibilmente con le disponibilità locali**, tenendo la Società a proprio carico il compenso di due ore ad intervento e per un massimo di tre invii per ogni periodo post-ricovero.

I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'Assicurato.

##### Art. 28.6 - Collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di un grande intervento chirurgico assicurato, sia stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni e sia temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Società a carico il relativo costo fino ad un massimo di Euro 200,00 per sinistro.

##### Art. 28.7 - Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di un grande intervento chirurgico assicurato, necessiti di essere trasportato dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato alla propria residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente un'autoambulanza, tenendo la Società a proprio carico la relativa spesa.

#### **Art. 28.8 - Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato**

Qualora l'Assicurato, in previsione o a seguito di un grande intervento chirurgico assicurato, risulti non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà:

- a) a individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- b) ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
  - aereo sanitario;
  - aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
  - treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
  - autoambulanza, senza limiti di chilometraggio.

***La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo.***

- c) ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

***Non danno luogo alla prestazione le lesioni che, a giudizio dei medici, possono essere curate presso l'unità ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato, le terapie riabilitative, nonché le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali ed internazionali.***

#### **Art. 28.9 - Rientro dal centro ospedaliero attrezzato**

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui all'art. 28.8 che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

- aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
- treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio.

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

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilire i necessari contatti.

***Le prestazioni di cui agli articoli da 28.10 a 28.18 che seguono sono fornite esclusivamente a seguito di sinistri verificatisi ad oltre 50 km dal Comune di residenza dell'Assicurato.***

#### **Art. 28.10 - Rientro sanitario**

Qualora, in concomitanza di un grande intervento chirurgico assicurato, le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto nell'istituto di cura più idoneo al suo stato di salute ovvero l'Assicurato debba essere trasferito in un istituto di cura attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario;
- aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
- treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio.

***La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo.***

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

***Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio. La prestazione, inoltre, non è dovuta qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.***

#### **Art. 28.11 - Rientro con un familiare**

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'Assicurato, in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario" di cui all'art. 28.10 che precede, ed i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa organizzerà anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo.

#### **Art. 28.12 - Anticipo spese mediche**

Qualora l'Assicurato, a seguito di un grande intervento chirurgico assicurato, debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa pagherà, per conto dell'Assicurato, le fatture fino ad un importo massimo di Euro 1.000,00 per sinistro.

*La prestazione non è operante:*

- *nei Paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa;*
- *se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia, vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;*
- *se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.*

*L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre la somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.*

#### **Art. 28.13 - Viaggio di un familiare**

Qualora l'Assicurato, in previsione o a seguito di un grande intervento chirurgico assicurato, necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a sette giorni, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

#### **Art. 28.14 - Accompagnamento di minori**

Qualora l'Assicurato, a seguito di un grande intervento chirurgico assicurato, accompagnato da minori di 15 anni si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro, la Struttura Organizzativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno, per permettere ad un familiare convivente, residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. La Società terrà a proprio carico le relative spese. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

#### **Art. 28.15 - Autista a disposizione**

Qualora l'Assicurato si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo in concomitanza di un grande intervento chirurgico assicurato e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un autista per ricondurre il veicolo ed eventualmente i passeggeri fino alla città di residenza dell'Assicurato stesso, secondo l'itinerario più breve. La Società terrà a proprio carico l'onorario dell'autista fino a un massimo di Euro 500,00 per sinistro, mentre restano a carico dell'Assicurato le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, ecc.).

Nel caso in cui l'Assicurato rientrasse senza attendere l'autista, deve specificare il luogo dov'è in custodia il veicolo da ritirare e lasciare sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione alla guida del veicolo e, se si trova all'estero, la Carta Verde.

#### **Art. 28.16 - Prolungamento del soggiorno**

Qualora l'Assicurato, a seguito di un grande intervento chirurgico assicurato comprovato da certificazione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro alla propria residenza in Italia alla data stabilita, la Struttura Organizzativa, ricevuta la sua comunicazione, organizzerà il prolungamento del suo soggiorno in albergo (*limitatamente al pernottamento e alla prima colazione*), tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di dieci giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di Euro 60,00 al giorno.

Al suo rientro l'Assicurato dovrà fornire tutta la documentazione necessaria a giustificare il prolungamento del soggiorno.

#### **Art. 28.17 - Rientro salma**

Qualora l'Assicurato, a seguito di un grande intervento chirurgico assicurato, sia deceduto, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di Euro 3.000,00 per sinistro, ancorché siano coinvolti più assicurati.

Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento in cui in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

#### **Art. 28.18 - Interprete a disposizione**

Se l'Assicurato viene ricoverato all'estero in previsione o a seguito di un grande intervento chirurgico assicurato e ha difficoltà a comunicare in lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete tenendo a proprio carico il costo della prestazione fino ad un massimo di 8 ore lavorative.

#### **Art. 28.19 - Assistenza domiciliare integrata**

##### **1. Ospedalizzazione domiciliare**

In caso di ricovero dell'Assicurato, a seguito di un grande intervento chirurgico che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni, la Struttura Organizzativa organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 30 giorni.

Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dal servizio medico della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'Assicurato. La Struttura Organizzativa dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo rispetto al momento delle dimissioni.

I costi sono a carico della Società.

##### **2. Servizi Sanitari**

Qualora l'Assicurato, a seguito di un grande intervento chirurgico assicurato che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami o della consegna di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

##### **3. Servizi non Sanitari**

Qualora l'Assicurato, a seguito di grande intervento chirurgico assicurato che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, non possa lasciare il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

#### **Art. 28.20 - Medical Advice Program**

(in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali).

Qualora l'Assicurato, in previsione o a seguito di un grande intervento chirurgico assicurato, per il quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico, desideri richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, verrà, attraverso gli operatori della Struttura Organizzativa, messo in contatto con la Centrale di Telemedicina che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita, nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri di eccellenza facenti parte del Network Salute.

L'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa che lo metterà in contatto con la Centrale di Telemedicina, a cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere da parte degli specialisti dei Centri di eccellenza del Network Salute.

##### **1. Consulenza medica di secondo livello**

I medici della Centrale di Telemedicina, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questo l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti. In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e potrà essere definita, dove richiesta, una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici (Check-up).

## **2. Attivazione della rete nazionale di Centri di eccellenza**

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico ed all'elaborazione dei quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti dei Centri di eccellenza. Tutti i dati clinici saranno trasmessi attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri ai Centri medici di riferimento.

Il Centro medico di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei medici specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso.

I costi della visita specialistica saranno a carico della Società così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di Euro 200,00 per sinistro. I medici specialisti dei Centri di eccellenza formuleranno rapidamente la propria risposta scritta, che verrà inviata alla Centrale di Telemedicina la quale, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo, ove occorra, ad interpretarla. La Società terrà a proprio carico tutti i costi.

## **3. Attivazione del secondo parere internazionale**

Qualora, su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o di quelli dei Centri di eccellenza nazionale, si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Struttura Organizzativa al fine di erogare il servizio di secondo parere internazionale.

Tale servizio prevede la raccolta della documentazione dell'Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico al Centro internazionale individuato e la predisposizione di un secondo parere scritto da parte del Centro internazionale.

### **Art. 29 - Norme che regolano l'erogazione delle prestazioni Assistenza**

- a. Le prestazioni sono fornite ad ogni Assicurato fino a tre volte per ciascun tipo e per anno assicurativo.
- b. In caso di permanenza continuativa all'estero, la garanzia Assistenza è operante fino a 60 giorni per anno assicurativo.
- c. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
- d. La Società e la Struttura Organizzativa declinano ogni responsabilità per ritardi o impedimenti che possano sorgere durante l'esecuzione di tali prestazioni a seguito di:
  - disposizioni delle Autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto;
  - ogni circostanza fortuita o imprevedibile;
  - cause di forza maggiore.
- e) Il diritto alle assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
- f) Le prestazioni di Assistenza sono fornite dalla Struttura Organizzativa in nome e per conto della Società.

### **Art. 30 - Esclusioni**

La sezione Assistenza non è operante per i sinistri derivanti da:

- a. malattie preesistenti alla stipulazione della polizza;
- b. forme maniaco depressive, disturbi paranoici, schizofrenia, epilessia, sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- c. prestazioni aventi finalità estetiche e relative conseguenze;
- d. guerra, insurrezione, operazioni militari, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- e. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- f. abuso di alcool e/o psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni o comunque volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- g. uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in allenamenti, gare, corse e relative prove nonché giri su pista e atti di temerarietà;
- h. movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, e altre calamità naturali se è stato dichiarato lo "stato di calamità naturale";
- i. suicidio e tentato suicidio.

Le prestazioni non sono fornite in quei paesi che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

### Art. 31 - Modalità per la richiesta di assistenza

Per poter usufruire delle prestazioni, l'Assicurato deve rivolgersi alla Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

per telefono al numero verde	800 686 472	valido solo per chiamate dall'Italia
per telefono al numero	02.58.24.54.69	valido sia in Italia che all'estero
per fax	02.58.47.72.01	valido sia in Italia che all'estero

(dall'estero, in caso di telefonata o fax, i relativi numeri dovranno essere preceduti dal prefisso internazionale 0039).

Per telegramma indirizzato a

Europ Assistance Service S.p.A.  
Piazza Trento, 8  
20135 - Milano

La Struttura Organizzativa è in funzione 24 ore su 24 per la ricezione delle richieste e per l'erogazione delle prestazioni. L'orario per le richieste del "Medical Advice Program" è dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali.

I costi relativi alle chiamate telefoniche successive alla prima sono sostenuti dalla Struttura Organizzativa.

Nella richiesta, l'Assicurato dovrà sempre comunicare:

- il tipo di assistenza di cui necessita e il nome dell'eventuale medico curante;
- cognome e nome dell'Assicurato che necessita del servizio di Assistenza;
- numero della polizza "Grandi Interventi Chirurgici" preceduto dalla seguente sigla: UNIT;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- numero telefonico dove potrà essere reperito il richiedente nel corso dell'assistenza.

***L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa sezione, i medici che lo hanno visitato o curato in relazione al sinistro. La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli originali (non le fotocopie) di giustificativi, fatture e ricevute delle spese. In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.***

# Allegato I - Elenco Grandi Interventi Chirurgici

## **CRANIO**

---

- Asportazione di neoplasie endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Operazioni per encefalo meningocele.

## **FACCIA E BOCCA**

---

- Plastica per paralisi di nervo facciale.
- Parotidectomia con conservazione del facciale.
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo.
- Interventi per tumori maligni della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare.
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare.
- Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne.
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Resezione del mascellare superiore.
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.

## **COLLO**

---

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Interventi per asportazioni di tumori maligni del collo.
- Interventi sulle paratiroidi.

## **TORACE**

---

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare.
- Interventi sul mediastino per tumore.
- Interventi sul mediastino per ascessi.
- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumectomia.
- Decorticazione polmonare.
- Pleuro pneumectomia.
- Toracectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Resezione bronchiale con reimpianto.

## **TUBERCOLOSI POLMONARE**

---

- Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Asportazione del timo.
- Toracoplastica totale.

## **CHIRURGIA CARDIACA**

---

- Pericardiectomia parziale e totale.
- Interventi per corpi estranei nel cuore.
- Commisurotomia.
- Interventi sul cuore in circolazione extra corporea e ipotermia (oltre l'intervento casuale).
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Valvuloplastica della mitrale o dell'aorta.
- Sostituzione valvolare (escluso protesi).
- Infartectomia in fase acuta.
- Resezione di aneurisma del ventricolo sinistro.
- By-pass aortocoronarico con vena.

- By-pass aorto-coronarico e resezione di aneurisma del ventricolo sinistro.
- Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg, singolo e doppio.
- Impianto di pace-maker epicardio per via toracotomica o frenicopericardica (escluso pace-maker).
- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore.
- By-pass aorto-biliaco o bifemorale

## **ESOFAGO**

---

- Interventi per diverticolo dell'esofago toracico.
- Resezione dell'esofago cervicale.
- Collocazione di protesi endoesofagea per via toracolaparatomica.
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico.
- Operazioni sull'esofago con resezioni parziali basse, parziali alte, totali.

## **ERNIE**

---

- Intervento per ernie diaframmatiche.

## **PERITONEO**

---

- Occlusione intestinale di varia natura con resezione intestinale o con invaginazione intestinale.

## **STOMACO E DUODENO**

---

- Gastro-enterostomia.
- Resezione gastrica.
- Gastrectomia totale.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica.
- Cardiomiectomia extramucosa.

## **INTESTINO**

---

- Resezione del tenue.
- Resezione ileo-cecale.
- Colectomia segmentaria.
- Colectomia totale.
- Entero anastomosi.

## **RETTO-ANO**

---

- Amputazione del retto per via sacrale.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale, in uno o più tempi.

## **FEGATO E VIE BILIARI**

---

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco.
- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Colectistectomia.
- Papillotomia per via transduodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrotomia, colecistoenterostomia).

## **PANCREAS E MILZA**

---

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas, enucleazione delle cisti, marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi del pancreas della testa, della coda, totale.
- Splenectomia.
- Anastomosi portacava, spleno-renale.
- Anastomosi mesenterica-cava.

## **SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO**

---

### **a) Neurochirurgia**

- Interventi per derivazione liquorale diretta e indiretta.
- Lobotomia ed altri interventi di psichirurgia.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Emisferectomia.

### **b) Simpatico e vago**

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanici.
- Intervento sul simpatico lombare per gangliectomia lombare e spalicectomia.
- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale.

### **c) Nervi**

- Anastomosi spino-facciale e simili.

## **VASI**

---

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco branchio-cefalico, iliache.
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima.
- Disostruzione by-pass aorta addominale.
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca.
- Resezione arteriosa con plastica vasale.
- Interventi per innesti di vasi.
- Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale.

## **PEDIATRIA**

---

- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).

## **ORTOPEDIA**

---

- Disarticolazione interscapolo-toracica.
- Emipelvectomia.
- Vertebrotonia
- Artroprotesi di anca, tibia, tarsico, polso ginocchio, gomito (escluso protesi) - Intervento per ernia del disco intervertebrale.

## **UROLOGIA**

---

- Intervento per fistola vescico-rettale.
- Cistectomia totale con uretero sigmoidostomia.
- Ileocisto plastica.
- Colicisto plastica.
- Cistectomia parziale, totale con ureterosigmoidostomia.
- Prostatectomia sottocapsulare per adenoma.
- Prostatectomia radicale per carcinoma.
- Intervento per fistola vescico-intestinale.
- Intervento per estrofia della vescica.
- Nefrectomia semplice e allargata per tumore.
- Nefroureterectomia totale.
- Trapianto renale.
- Resezione renale.

## **APPARATO GENITALE MASCHILE**

---

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.
- Amputazione totale con svuotamento delle regioni inguinali.
- Emasculazione totale.

## **GINECOLOGIA-OSTETRICIA**

---

- Intervento vaginale ed addominale per incontinenza urinaria.
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale, ureterale, retto vaginale.
- Metroplastica.
- Riduzione per "vaginam" di spostamenti uterini.
- Interventi radicali per tumori maligni vulvari e vaginali.
- Pannisterectomia radicale per via addominale e per via vaginale.
- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy totale.
- Laparotomia per rotture di utero.

## **OCULISTICA**

---

- Trapianto corneale a tutto spessore.
- Operazione di Kronlein od orbitotomia.
- Operazioni fistolizzanti combinate per glaucoma.
- Iridocicloretrazione.
- Trabeculectomia.
- Cerchiaggio o resezione sclerale per distacco.

## **OTORINOLARINGOIATRIA**

---

- Chirurgia della sordità otosclerotica.
- Chirurgia translabyrinthica delle vertigini.
- Antroatticotomia.
- Antroatticotomia con trapanazione del labirinto.
- Operazioni trasmastoidee e sul facciale.
- Decompressione del nervo facciale.
- Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia.
- Resezione del nervo petroso superficiale.

## **LARINGE**

---

- Laringectomia orizzontale sopraglottica.
- Laringectomia parziale verticale.
- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.

## **RIENTRANO NEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

---

- Trapianto ed espianto di organi.





UNIQA Assicurazioni SpA

Sede Legale e Direzione Generale: Via Carnia 26 - 20132 Milano - Tel. 02 2685831 - Fax 02 268583368 - [www.uniqagroup.it](http://www.uniqagroup.it) - [postasalute@uniqagroup.it](mailto:postasalute@uniqagroup.it)  
Capitale Sociale € 7.740.000,00 i.v. - C.F. / P.I. / Registro Imprese Milano n. 01416080156 - R.E.A. n. 688496 - Autorizzazione D.M. 5716 del 18/08/1966  
(G.U. 217 del 01/09/1966) - Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00033 - Gruppo "UNIQA ITALIA" (Albo gruppi n. 007)  
Società con unico azionista