

My Protection

Rimborso Spese Mediche Grandi Interventi Chirurgici.

Contratto di assicurazione contro i danni alla persona.
Malattia e Infortuni.

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- NOTA INFORMATIVA, COMPRENSIVA DEL GLOSSARIO
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma

Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831

pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA. MALATTIA E INFORTUNI

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma – Italia. Tel 06/3018.1 - fax 06/80210.831- www.groupama.it; info@groupama.it– PEC: groupama@legalmail.it

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585 e nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023, ed è diretta e coordinata da Groupama SA -Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg.

Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Alla data dell'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2016, il patrimonio netto della Società ammonta a 478,8 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 172,6 e a 306,2 milioni di Euro.

Gli indici di solvibilità, determinati ai sensi "Solvency II" (normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione entrata in vigore il 1° gennaio 2016), al 31/12/2016 sono pari a: 122,64% che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) e 257,08% che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR).

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto è stipulato con tacito rinnovo. **In questo caso la disdetta, ovvero la comunicazione che il contraente deve fare all'assicuratore per evitare che il contratto si rinnovi, dovrà essere esercitata almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto stesso, mediante lettera raccomandata da inviare all'agenzia o alla società. In mancanza di disdetta, esercitata nei tempi e nelle modalità indicate, l'assicurazione si intende prorogata per un anno e così successivamente.**

Per maggiori dettagli si rinvia all'articolo 8 delle condizioni di assicurazione.

3. Copertura assicurativa offerta – limitazioni ed esclusioni

La garanzia **Rimborso Spese Mediche Grandi Interventi Chirurgici** in caso di grande intervento chirurgico reso necessario da malattia o infortunio, garantisce il rimborso delle spese mediche sostenute prima, durante e dopo il ricovero.

Per maggiori dettagli si rinvia all'articolo 15 delle condizioni di assicurazione.

E' possibile estendere la portata della copertura attivando la garanzia facoltativa di seguito illustrata.

La garanzia facoltativa **Gravi Malattie** estende la copertura anche al caso di ricovero dovuto a gravi malattie riportate nell'elenco (tumore maligno, infarto del miocardio, arteriosclerosi coronarica, ictus, paralisi).

Per maggiori dettagli si rinvia all'articolo 16 delle condizioni di assicurazione.

Il contratto di assicurazione contiene limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative, nonché condizioni di sospensione della garanzia, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per gli aspetti di dettaglio, si rinvia agli articoli da 1 a 5, 7, 8, 11,13 da 15 a 19 delle condizioni di assicurazione.

Il contratto non contiene inoltre franchigie ma contiene massimali; si rinvia all'articolo 15, delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio. Per una miglior comprensione, di seguito sono indicate alcune esemplificazioni numeriche finalizzate ad illustrarne il meccanismo di funzionamento.

Il massimale rappresenta la somma pattuita in polizza fino alla quale l'assicuratore è impegnato a prestare la garanzia assicurativa. Il massimale può essere per sinistro e/o per anno. Se i danni procurati sono superiori a tale somma, la differenza resta a carico dell'assicurato salvo rivalsa nei confronti del diretto responsabile.

Ad esempio, se il danno è € 3.000,00, ma il massimale previsto dalle condizioni di assicurazione è di € 1.000,00, l'assicuratore sarà tenuto a prestare la garanzia solo fino alla concorrenza di quest'ultima somma, ovvero € 1.000,00. In questo caso rimarrà a carico dell'assicurato la differenza di € 2.000,00:

$€ 3.000,00 - € 1.000,00 = € 2.000,00$.

4. Periodi di carenza contrattuali

Il contratto prevede alcune carenze, ovvero per alcune garanzie ci sono periodi di tempo che devono intercorrere tra la data di stipulazione della polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia. Le garanzie decorrono per gli infortuni - dal momento in cui ha effetto l'assicurazione; per le malattie - dal 30° giorno successivo; per gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula - dal 180° giorno successivo. Per gli aspetti di dettaglio, si rinvia all'articolo 17 delle condizioni di assicurazione.

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario - Nullità

Le eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Le conseguenze sono descritte all'articolo 4 delle condizioni di assicurazione, a cui si rinvia.

Qualora sia richiesta la compilazione di un questionario sanitario, è necessario rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande del questionario stesso; se richiesta la sottoscrizione di dichiarazioni sanitarie è necessario che il soggetto legittimato a fornirle ne verifichi l'esattezza prima della sottoscrizione.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. La mancata comunicazione può comportare conseguenze sulla prestazione, per il dettaglio delle quali, si rinvia agli articoli 2, 3, delle condizioni di assicurazione.

A titolo esemplificativo, una circostanza rilevante che determina la modificazione del rischio potrebbe essere costituita dal fatto che l'Assicurato divenga un alcolista. In questo caso l'assicurazione cessa e la Società restituirà al Contraente il rateo di premio pagato e non goduto. La perdita sarà parziale nel caso in cui la Società, se avesse conosciuto il nuovo stato delle cose, avrebbe dato il suo consenso alla prosecuzione del contratto a condizioni differenti; la perdita sarà totale nel caso in cui la Società non avrebbe assunto il rischio.

7. Premio

Le prestazioni assicurate sono garantite previa corresponsione di un premio annuo.

Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:

1. assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile intestato o girato all'Impresa o all'Intermediario, in tale sua qualità;
2. bonifico e/o altro mezzo di pagamento bancario, postale o elettronico (per quest'ultimo solo qualora l'intermediario sia dotato di idoneo strumento), comunque sempre emesso a favore dell'Impresa o dell'Intermediario, in tale sua qualità;
3. contanti fino al limite consentito dalla vigente normativa in materia e limitatamente alle garanzie per le quali è ammessa detta modalità.

Il premio può essere corrisposto anche in rate semestrali, trimestrali e mensili, senza applicazione di alcuna maggiorazione.

Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere versato anche mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). A tale scopo il Contraente autorizza Groupama Assicurazioni S.p.A. ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria banca, i cui estremi sono comunicati a Groupama Assicurazioni S.p.A. con la sottoscrizione di apposita delega SDD.

Esiste la possibilità che siano applicati sconti di premio da parte dell'impresa. Tali sconti potranno essere applicati in base al numero dei moduli acquistati.

8. Rivalse

La rivalsa è un diritto dell'assicuratore sancito dal Codice Civile. Si applica quando l'impresa, dopo aver pagato un sinistro, pretenda, da parte dell'assicurato o da parte di eventuali terzi responsabili del danno la restituzione dell'intera somma corrisposta, o di parte di essa.

La Società rinuncia al diritto di rivalsa: per maggiori dettagli, per i presupposti e per gli effetti per il contraente si rinvia all'articolo 10 delle condizioni di assicurazione.

9. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate e il premio dell'assicurazione non sono soggetti ad adeguamento.

10. Diritto di recesso

Al Contraente è data facoltà di recedere dal contratto entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto stesso è concluso. Tale recesso comporta l'annullamento della polizza e delle relative garanzie assicurative ed ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata. Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle imposte.

Il contraente e l'impresa hanno diritto di recedere dal contratto di assicurazione essendo il contratto di durata annuale. Per maggiori dettagli riguardo le modalità di esercizio del diritto di recesso si rinvia all'articolo 8 delle condizioni di assicurazione.

11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, eccetto il diritto al pagamento del premio, che si prescrive in un anno.

12. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

13. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi relativi ai contratti di assicurazione del comparto danni sono soggetti ad Imposta sulle Assicurazioni, secondo le disposizioni contenute nella Legge 1216/1961 e sue successive modifiche e integrazioni.

Il premio relativo al presente contratto, avente ad oggetto la copertura dei rischi Malattia e Infortuni, è soggetto ad aliquota pari a 2,50%.

Detraibilità fiscale dei premi

I premi versati per la garanzia oggetto di contratto non sono fiscalmente detraibili.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso scritto della malattia all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro 30 giorni, da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa comportare un'invalidità permanente, a parziale deroga dell'articolo 1913 del Codice Civile.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica contenente la diagnosi e, successivamente, l'assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi a eventuali accertamenti medici e fornire ogni informazione.

Per maggiori dettagli sulle procedure liquidative, si rinvia agli articoli 7, dall'art 19 al 23 delle condizioni di assicurazione.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - fax: +39 06 80210.979 - E-mail: reclami@groupama.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'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Resta salva la facoltà dell' esponente di adire l' Autorità Giudiziaria anche per questioni diverse da quelle indicate.

16. Arbitrato

Nel contratto è prevista la possibilità di far ricorso all'arbitrato per la risoluzione di eventuali controversie. Per maggiori dettagli, si rinvia all' articolo 24 delle condizioni di assicurazione.

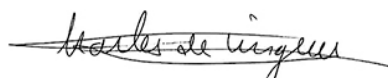
Per la risoluzione delle controversie è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede di istituto di medicina legale più vicina all'assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli.

Per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia alla pagina *Aggiornamenti documentazione* raggiungibile dalla sezione *Prodotti* del nostro al sito www.groupama.it.

Groupama Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

**Groupama Assicurazioni S.p.A.
Il rappresentante legale
Charles de Tinguy**



GLOSSARIO

Accessori

Rappresentano la parte del premio versato dal contraente che è destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'impresa di assicurazione.

Agente

Intermediario che agisce in nome o per conto di una o più imprese di assicurazione.

Aggravamento (del rischio)

Si ha aggravamento del rischio quando, successivamente alla stipulazione del contratto di assicurazione, avvengono mutamenti che aumentano la probabilità del verificarsi del rischio. L'assicurato ha l'obbligo di segnalare immediatamente l'avvenuto aggravamento del rischio all'assicuratore.

Arbitrato

Procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra assicurato ed assicuratore. La possibilità di fare ricorso all'arbitrato, in genere, viene prevista già in occasione della stipulazione del contratto di assicurazione, con apposita clausola.

Assicurato

soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione (attività assicurativa)

Operazione con cui un soggetto (assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (assicuratore) un rischio al quale egli è esposto (naturalmente o per disposizione di legge).

Assicurazione a primo rischio assoluto

Forma di assicurazione per la quale l'assicuratore si impegna a indennizzare il danno verificatosi fino a concorrenza del valore assicurato, indipendentemente dall'effettivo valore globale dei beni. Non si applica dunque, con questa forma di assicurazione, la cosiddetta regola proporzionale (articolo 1907 c.c.).

Assicurazione a valore intero

Forma di assicurazione per la quale il valore assicurato deve corrispondere al valore dei beni assicurati. Nel caso in cui quest'ultimo sia superiore al primo, si applica la regola proporzionale, per cui l'assicuratore indennizza il danno solo proporzionalmente al rapporto tra valore assicurato e valore dei beni.

Beneficiario

persona fisica o giuridica alla quale deve essere corrisposta la prestazione prevista dal contratto qualora si verifichi l'evento assicurato.

Broker (mediatore) di assicurazione

intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione.

Carenza (periodo di)

Periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace. Tale concetto trova applicazione solo in alcune forme di assicurazione ad esempio assicurazioni malattia.

Caricamenti (v. Accessori)

Condizioni di assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente

Soggetto che stipula il contratto di assicurazione con l'assicuratore e si obbliga a pagare il premio. Il contraente può o meno coincidere con l'assicurato.

Contratto di assicurazione

Contratto mediante il quale l'assicuratore, dietro pagamento di un premio, si impegna a tenere indenne l'assicurato, entro i limiti convenuti, dei danni prodotti da un sinistro.

Danno

Pregiudizio subito dall'assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dalla vittima del fatto illecito in conseguenza di un sinistro.

Decorrenza della garanzia

Data a partire dalla quale la garanzia assicurativa diviene concretamente efficace.

Denuncia di sinistro

Avviso che l'assicurato deve dare all'assicuratore o all'agente a seguito di un sinistro.

Dichiarazioni precontrattuali

informazioni fornite dal contraente e/o dall'assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione.

Se il contraente e/o l'assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del contraente e/o dell'assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

Diminuzione (del rischio)

Si ha diminuzione del rischio quando, successivamente alla stipula di un contratto di assicurazione, avvengono mutamenti che riducono la probabilità del verificarsi dell'evento dannoso. Se l'assicuratore viene informato dell'avvenuta diminuzione del rischio, è tenuto a ridurre il premio o le rate successive alla comunicazione stessa.

Disdetta

Comunicazione che il contraente deve inviare all'assicuratore, o viceversa, entro un termine di preavviso fissato dal contratto, per evitare la tacita proroga del contratto di assicurazione.

Estensione territoriale

Spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

Fascicolo informativo

Insieme dei documenti che il cliente deve ricevere prima di concludere il contratto e che lo aiutano ad entrare in possesso di tutte le informazioni utili ad una valutazione completa del prodotto che gli viene offerto.

Fondo di garanzia per le vittime della strada

Fondo gestito dalla CONSAP, costituito per risarcire i danni causati da mezzi rimasti non identificati, oppure risultanti non assicurati, o assicurati presso imprese poste in liquidazione coatta amministrativa. In ciascuna regione (o gruppo di regioni) viene designata una impresa per la liquidazione dei danni.

Franchigia

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato. Corrisponde alla somma che non sarà risarcita o indennizzata all'assicurato, e che quest'ultimo non potrà diversamente assicurare pena la perdita del diritto all'indennizzo.

Franchigia Assoluta

Somma che rimane a carico dell'assicurato a prescindere dall'entità del danno.

Franchigia relativa

Somma che rimane a carico dell'assicurato solo quando il danno sia pari o inferiore alla franchigia.

Impresa di assicurazione

società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa.

Indennizzo

Somma dovuta dall'assicuratore a titolo di riparazione del danno subito dall'assicurato in caso di sinistro.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Margine di solvibilità

Corrisponde in linea di massima al patrimonio libero dell'impresa di assicurazione, cioè al netto del patrimonio vincolato a copertura delle riserve tecniche. In tal senso, il margine di solvibilità rappresenta una garanzia ulteriore della stabilità finanziaria dell'impresa.

Massimale

La somma pattuita in polizza fino alla quale l'assicuratore è impegnato a prestare la garanzia assicurativa. Se i danni procurati sono superiori a tale somma la differenza resta a carico del diretto responsabile.

Nota informativa

Documento contenuto nel Fascicolo Informativo, che l'assicuratore deve consegnare al contraente prima della conclusione del contratto di assicurazione.

Periodo di assicurazione

Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa.

Polizza

È il documento che prova l'assicurazione.

Premio

Il premio rappresenta il prezzo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'assicuratore. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della garanzia.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini di legge.

Principio indennitario

Principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto

dall'assicuratore deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo fonte di guadagno.

Provvigione

Elemento fondamentale del rapporto di agenzia per il quale, a fronte dell'obbligazione in capo all'agente di svolgere l'attività diretta alla conclusione dei contratti, corrisponde l'obbligazione in capo al preponente (impresa di assicurazione) di corrispondergli il relativo compenso per gli affari che hanno avuto regolare esecuzione.

Questionario anamnestico

Detto anche questionario sanitario, è il documento che il contraente deve compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita del tipo caso morte o del tipo misto. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o infortuni dell'assicurato. Le informazioni fornite dal contraente servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Quietanza

Ricevuta attestante l'avvenuto pagamento di una somma e rilasciata dal percettore della stessa. L'assicuratore rilascia quietanza del pagamento del premio da parte del contraente; l'assicurato o il terzo danneggiato rilasciano quietanza del pagamento dell'indennizzo da parte dell'assicuratore.

Risarcimento

Somma che il responsabile è tenuto a versare per risarcire il danno da lui causato o, comunque riconducibile alla sua responsabilità.

Rischio

La probabilità che si verifichi un evento futuro ed incerto in grado di provocare conseguenze dannose.

Riserve tecniche

Somme che le imprese di assicurazione devono accantonare ed iscrivere nel proprio bilancio per far fronte agli impegni assunti nei confronti degli assicurati e di persone terze danneggiate.

Rivalsa

Diritto che spetta all'Assicuratore di richiedere al responsabile del danno il pagamento della somma versata all'Assicurato a titolo di risarcimento. Tale diritto è contrattualmente rinunciabile da parte dell'Assicuratore.

Scoperto

Lo scoperto è la parte di danno che resta a carico dell'assicurato; si esprime in una percentuale da calcolare sul danno. Lo scoperto non può essere diversamente assicurato pena la perdita del diritto all'indennizzo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia.

Somma assicurata

Importo nei limiti del quale l'assicuratore si impegna a fornire la propria prestazione.

Valore a nuovo

Espressione con la quale vengono indicate quelle particolari coperture assicurative che consentono di garantire un indennizzo pari non solo al valore della cosa assicurata al momento del sinistro, ma anche corrispondente alle spese necessarie per riacquistare o ricostruire la cosa stessa.

Valore allo stato d'uso

Valore della cosa materiale nelle condizioni in cui si trova al momento del sinistro.

Valore assicurato

Rappresenta la misura dell'interesse sottoposto ad assicurazione.



My Protection CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

RIMBORSO SPESE MEDICHE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Premessa	2
Definizioni	3
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	5
Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	5
Art. 2 Aggravamento del rischio	5
Art. 3 Diminuzione del rischio	5
Art. 4 Altre assicurazioni	5
Art. 5 Pagamento del premio e decorrenza delle garanzie	5
Art. 6 Modifiche dell'assicurazione	6
Art. 7 Obblighi in caso di sinistro	6
Art. 8 Recesso, proroga e periodo di assicurazione	6
Art. 9 Assicurazione per conto altrui e titolarità dei diritti nascenti dalla polizza	6
Art. 10 Rinuncia al diritto di rivalsa	6
Art. 11 Persone non assicurabili	6
Art. 12 Oneri fiscali	6
Art. 13 Estensione territoriale	6
Art. 14 Rinvio alle norme di legge	6
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	7
Art. 15 Oggetto dell'assicurazione	7
GARANZIA FACOLTATIVA	8
Art. 16 Gravi malattie	8
AMBITO DI OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE	8
Art. 17 Termini di aspettativa	8
Art. 18 Esclusioni	8
MODALITÀ DI RIMBORSO	10
Art. 19 Criteri di erogazione	10
SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI	10
Art. 20 Obblighi del contraente e/o dell'assicurato in caso di sinistro	10
Art. 21 Modalità operative nel caso ci si avvalga di istituti di cura convenzionati	11
MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE	11
Art. 22 Criteri di liquidazione del rimborso spese mediche	11
Art. 23 Prestazioni eseguite da istituti di cura e medici convenzionati e loro variazione	12
Art. 24 Controversie	12
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	13
ELENCO GRAVI MALATTIE	15
ELENCO ATTIVITÀ PROFESSIONALI	16

Premessa

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine che seguono, integrate, ove previsto, dalle dichiarazioni rese nel Questionario sanitario (mod. 220334), costituiscono parte integrante della polizza (mod. 220334).

Resta pertanto inteso che si intendono richiamate, a tutti gli effetti, le dichiarazioni del Contraente riportate in polizza e nel Questionario sanitario e che l'assicurazione è prestata per le somme o i massimali indicati in polizza, fatti salvi i limiti di rimborso e le franchigie eventualmente previste in polizza o nelle Condizioni di Assicurazione.

Le Definizioni riportate nelle Condizioni di Assicurazione hanno valore convenzionale e quindi integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale.

Avvertenza

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate con fondo grigio nelle Condizioni di Assicurazione (mod. 220326).

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini viene attribuito convenzionalmente il significato qui precisato, valido agli effetti delle garanzie prestate.

AMBULATORIO

La struttura autorizzata in base alla normativa vigente ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

ASSICURATO

Il soggetto per il quale è prestata l'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto con cui la Società, in seguito al pagamento del premio, si obbliga a tutelare l'Assicurato.

CENTRO FISIOTERAPICO E RIABILITATIVO

Centro autorizzato ad erogare prestazioni riabilitative e rieducative composto da operatori qualificati.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

DIFETTI FISICI

Conformazioni anomale di parti anatomiche (obiettivabili o clinicamente diagnosticate) e loro conseguenze peggiorative, ivi comprese le anomalie cromosomiche che danno luogo a manifestazioni cliniche.

ENDOPROTESI

Struttura protesica, compresi apparecchi terapeutici, applicati all'interno del corpo umano in corso di intervento chirurgico.

FRANCHIGIA

La parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato, espressa in punti percentuali di Invalidità, in giorni o in cifra fissa.

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

L'intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio, rientrante nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici riportato a pag. 13 o altri interventi, che per complessità o per tecniche operatorie adottate siano ad essi equiparabili.

GRAVE MALATTIA

La malattia rientrante nell'Elenco Gravi Malattie riportato a pag 15.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

INFORTUNIO

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

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico perseguito attraverso la cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi si intendono equiparati ad intervento chirurgico anche: riduzione incruenta di fratture e lussazioni, diatermocoagulazione, crioterapia, litotrissia, biopsia, endoscopia con biopsia, gessatura, sutura.

ISTITUTO DI CURA

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali; le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fitoterapiche; le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno; le strutture per anziani.

ISTITUTO DI CURA CONVENZIONATO

Istituto di cura convenzionato con la Società per il tramite della Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia.

L'elenco degli istituti di cura convenzionati è disponibile sul sito internet www.groupama.it

MALATTIA

Ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute, **che non sia malformazione o difetto fisico**, non dipendente da infortunio.

MALFORMAZIONE

Anomalia somatica grossolana nota o non nota all'Assicurato.

MASSIMALE

La somma fino a concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta la garanzia.

MEDICO CONVENZIONATO

Medico convenzionato con la Società per il tramite della Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia.

POLIZZA

Il documento contrattuale, sottoscritto dal Contraente e dalla Società, che prova l'assicurazione.

PREMIO

La somma che il Contraente versa alla Società.

QUESTIONARIO SANITARIO

Il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. **Il documento deve essere compilato prima di stipulare il contratto assicurativo e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà.**

RECESSO

Lo scioglimento del vincolo contrattuale.

RICOVERO

La degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura.

RISCHIO

La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

SCOPERTO

La quota parte delle spese sostenute, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SOCIETÀ

Groupama Assicurazioni S.p.A.

SPORT PROFESSIONISTICO

Attività sportiva svolta in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualsiasi natura – a carattere ricorrente - che costituisca reddito imponibile. Non si considera sport professionistico l'attività sportiva a fronte della quale viene percepito il rimborso delle spese effettivamente sostenute nonché, se presente, una remunerazione in premi o in denaro **purché la stessa non costituisca fonte di reddito imponibile, neanche come redditi diversi, ai sensi del TUIR 917.**

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura della Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia costituita da medici, tecnici e operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato per coadiuvarlo nella scelta degli istituti di cura convenzionati e per la gestione dei sinistri malattia.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 2 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

ART. 3 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio, invece, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate successive alla comunicazione del Contraente e/o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile: in tal caso la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 4 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. Sono escluse dall'obbligo di comunicazione le assicurazioni stipulate per conto dell'Assicurato da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e quelle di cui l'Assicurato è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie di altri servizi.

ART. 5 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLE GARANZIE

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.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1901 Codice Civile, dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.

Se tuttavia il Contraente non paga entro 60 giorni dalla scadenza una rata di premio successiva alla prima, l'assicurazione riprende effetto a decorrere dalle ore 24 dal 60° giorno successivo a quello del pagamento per le malattie a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1901 Codice Civile.

Il pagamento del premio, solo in caso di frazionamento mensile, può avvenire anche mediante addebito diretto "SDD" sul conto corrente del Contraente. Il Contraente dovrà, in fase di stipula, compilare e sottoscrivere il relativo mandato di addebito diretto sul conto corrente ("mandato SDD") fornito dalla Società così come, in caso di modifica del conto corrente, dovrà darne avviso e compilarne uno nuovo per garantire la continuità dei versamenti. Le richieste di variazione o modifica del mandato SDD dovranno essere effettuate presso il proprio intermediario di riferimento. La Società si impegna a recepire tali variazioni non oltre sessanta giorni dal ricevimento della relativa comunicazione.

Nel caso in cui sia stato convenuto il pagamento con periodicità mensile mediante addebito diretto "SDD", resta convenuto che:

- le prime tre mensilità sono corrisposte in Agenzia all'atto della sottoscrizione;
- l' SDD sarà attivato dalla quarta mensilità.

Si precisa che per ciascuna mensilità da corrispondere con "mandato SDD" saranno esperiti al più due tentativi di addebito, in caso di mancato buon fine anche del secondo tentativo la copertura resta sospesa dalla ore 24 del 30° giorno successivo alla scadenza insoluta e l'addebito SDD è sospeso. Il Contraente dovrà, quindi, recarsi in Agenzia per il pagamento delle rate insolute, la riattivazione della copertura assicurativa e del pagamento premi per le successive rate ai sensi e per gli effetti dell'art. 1901 Codice Civile.

Qualora nei 6 mesi dalla scadenza della prima mensilità omessa il Contraente adempia al suo obbligo di pagamento presso l'Agenzia di tutte le mensilità scadute e non pagate, l'assicurazione riprende effetto nei termini sopra previsti. Decorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento il contratto è risolto di diritto.

Fatta eccezione per l'ipotesi in cui sia stato convenuto il pagamento con SDD, il premio deve essere pagato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società e, quali che siano le modalità di pagamento convenute, è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

ART. 6 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e sottoscritte dal Contraente e dalla Società.

ART. 7 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO (VEDERE ANCHE ART. 18)

In caso di sinistro, non appena ne abbia la conoscenza e la possibilità, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

ART. 8 - RECESSO, PROROGA E PERIODO DI ASSICURAZIONE

Il Contraente entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso può recedere.

Le modalità di esercizio del recesso, nei termini che precedono, sono le seguenti:

- il Contraente deve comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. - la propria volontà di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto; la comunicazione deve essere inviata a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio corrisposto al netto della parte relativa al rischio non corso e delle imposte.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno.

ART. 9 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI E TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

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.

I diritti derivanti dalla polizza, invece, spettano all'Assicurato e il Contraente non potrà farli valere se non con espresso consenso dell'Assicurato.

ART. 10 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 Codice Civile.

ART. 11 - PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora al momento della stipula dell'assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, l'assicurazione stessa cessa, contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 Codice Civile, senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 12 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione, secondo le norme di legge, sono a carico del Contraente.

ART. 13 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

ART. 14 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana.

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

OGGETTO DELLA GARANZIA

ART. 15 - RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società, con massimale annuo di € 500.000,00 e fermi i limiti di seguito stabiliti e quanto disposto al successivo art. 19, in caso di:

- grande intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio;
- garantisce le prestazioni indicate ai paragrafi:
- durante il ricovero;
 - prima e dopo il ricovero.

durante il ricovero

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici, le protesi e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio;
- c) rette di degenza;
- d) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura (o in struttura alberghiera in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura pubblico) per un eventuale accompagnatore, con il limite giornaliero di € 120,00 per un periodo massimo pari alla durata del ricovero;
- e) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
- f) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro con il limite di € 2.500,00 per sinistro.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto alla Società alcun rimborso relativo a spese di cui al presente paragrafo "durante il ricovero", la Società corrisponde, per ogni giorno di ricovero, un'indennità sostitutiva di € 200,00 con il massimo di 300 giorni per anno assicurativo.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come unica giornata.

prima e dopo il ricovero

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- g) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura, nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero;
- h) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio, acquisto di medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi (effettuati da personale fisioterapico abilitato presso centri fisioterapici e riabilitativi o a domicilio dell'Assicurato), cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) sostenute nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero. Qualora il grande intervento chirurgico subito sia riconducibile a neoplasie maligne, il predetto termine viene esteso ai 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero e comprende in garanzia anche le spese sostenute per i relativi trattamenti oncologici necessari;
- i) spese per:
 - acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche;
 - acquisto di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;effettuate nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico, con il limite di € 2.500,00 per persona e per anno assicurativo;
- j) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per raggiungere l'istituto di cura e per il ritorno al proprio domicilio con il limite di € 1.500,00 per sinistro; purché direttamente inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il grande intervento chirurgico.

GARANZIA FACOLTATIVA

ART. 16 - GRAVI MALATTIE

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione del relativo premio)

Ad integrazione dell'art. 19- Rimborso Spese Mediche, le prestazioni ivi garantite devono intendersi operanti anche in caso di ricovero dovuto a gravi malattie.

AMBITO DI OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE

ART. 17 - TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo quanto previsto nelle condizioni di assicurazione all' Art. 5 le garanzie decorrono:

per gli infortuni

dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;

per le malattie

dal 30° giorno successivo;

per gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte – secondo giudizio medico – anteriormente – alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula

dal 180° giorno successivo;

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato con la Società riguardante analoghe garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

ART. 18 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- a) conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati;
- b) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci e/o di alcool, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- c) le conseguenze, anche indirette, derivanti all'Assicurato da assunzione di psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico;
- d) la cura delle malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo-compulsivi, e loro conseguenze;
- e) patologie correlate alla infezione da HIV;
- f) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- g) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- h) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative;
- i) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- j) le prestazioni sanitarie e le cure cellulose-tessutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per queste ultime quanto previsto all'art. 19);
- k) le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne eseguiti entro 360 giorni dall'intervento chirurgico demolitivo, purché effettuati durante la validità del contratto);

- l) le prestazioni sanitarie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonché quelle non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- m) le visite odontoiatriche ed ortodontiche e le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto (salvo si tratti di cure rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne); le protesi dentarie in ogni caso sono escluse;
- n) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi terapeutici, protesici ed ortopedici (salvo quanto previsto all'art. 19);
- o) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
- p) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- q) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali (salvo per queste ultime quanto previsto all'art. 19), ancorché nell'ambito di istituti di cura;
- r) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- s) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni (salvo che per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche occorsi all'Assicurato al di fuori della Regione ove è fissata la sua residenza);
- t) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per gli infortuni derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace);
- u) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- v) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero
- z) gli infortuni:
- derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato compresi gli atti di autolesionismo,
 - avvenuti quando l'Assicurato abbia assunto psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico, ubriachezza dell'Assicurato, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e/o allucinogeni
 - causati da malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo-compulsivi, e loro conseguenze
 - avvenuti alla guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;
 - avvenuti alla guida od uso di mezzi di locomozione aerea e/o subacquea, compresi deltaplani ed ultraleggeri, sono compresi gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti tranne che: da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri o da aeroclubs;
 - derivanti dall'uso, anche come passeggero, di veicoli, natanti od imbarcazioni a motore: in pista od in percorsi di gara; in competizioni e nelle relative prove, salvo si tratti di gare di regolarità pura;
 - derivanti dalla pratica di sports aerei in genere;
 - derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala di Monaco, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, kite-surfing, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere;
 - avvenuti in competizioni, prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive relativamente a calcio, sport equestri, hockey e ciclismo;
 - partecipazione a imprese sportive di carattere eccezionale (ad es. spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche);
 - il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato alle lettere a) ed h) si applicherà con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

MODALITÀ DI RIMBORSO

ART. 19 - CRITERI DI EROGAZIONE DEL RIMBORSO SPESE MEDICHE SPESE SOSTENUTE DURANTE IL RICOVERO

Per le spese sostenute durante il ricovero (art. 15, paragrafo "durante il ricovero"), l'Assicurato, fermi i limiti allo stesso articolo stabiliti, potrà:

1. avvalersi di istituti di cura e medici convenzionati;
2. avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati;
3. avvalersi di istituti di cura e medici non convenzionati;
4. utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale;

usufruendo del pagamento diretto o a rimborso da parte della Società, secondo quanto di seguito indicato:

1. Utilizzo di istituti di cura e medici convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di grande intervento chirurgico ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici convenzionati, la Società paga direttamente all'istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto.

2. Utilizzo di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di grande intervento chirurgico ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, la Società:

- paga direttamente all'istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto inerenti i soli costi dell'istituto di cura;
- rimborsa integralmente all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto corrisposte dall'Assicurato stesso ai medici non convenzionati, fino a concorrenza del massimale di €500.000,00 anche qualora lo stesso sia avvenuto al di fuori di Paesi UE.

3. Utilizzo di istituti di cura e medici non convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di grande intervento chirurgico ritenga di avvalersi di istituti di cura e medici non convenzionati, la Società rimborsa integralmente all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, fino a concorrenza del massimale di €500.000,00 anche qualora lo stesso sia avvenuto al di fuori di Paesi UE.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato in caso di grande intervento chirurgico ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvederà a rimborsare integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, purché indennizzabili a termini di contratto, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva di cui all'art. 15.

SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO

Per le spese sostenute prima e dopo il ricovero (art. 15, paragrafo "prima e dopo il ricovero"), l'Assicurato dovrà provvedere personalmente al pagamento delle stesse che verranno poi rimborsate dalla Società, fermi i limiti allo stesso articolo stabiliti.

SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

ART. 20 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro dieci giorni da quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il decimo giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Relativamente all'art. 15 – Rimborso Spese Mediche (per le sole spese sostenute durante il ricovero), l'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di istituti di cura convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato, secondo le modalità riportate al successivo art. 21, dalla Struttura Organizzativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro.

Successivamente alla denuncia di sinistro, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta, come disposto dal successivo articolo 22.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia conforme della cartella clinica completa, e in originale i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

ART. 21 - MODALITÀ OPERATIVE NEL CASO CI SI AVVALGA DI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI

L'Assicurato che ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati deve:

1. prima del ricovero, contattare la Struttura Organizzativa - in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 18.00 ed il sabato dalle ore 8.00 alle 12.00, esclusi i festivi - ai seguenti recapiti:
 - numero verde nazionale gratuito: 800.147.147
 - numero telefonico per chiamate dall'estero: 0039.011.741.72.47

indicando:

- numero di polizza;
- motivo del ricovero risultante dalla prescrizione del medico curante;
- luogo e recapito telefonico per i successivi contatti;
- istituto di cura ed eventuali medici convenzionati cui intende rivolgersi.

La prestazione in forma diretta deve essere attivata seguendo le modalità di cui sopra almeno 2 giorni lavorativi prima della data di ricovero concordata dall'Assicurato con la struttura, fatta eccezione per i casi di reale e comprovata emergenza, che dovranno comunque essere comunicati nel più breve tempo possibile.

La Struttura Organizzativa, sulla base delle informazioni ricevute dall'Assicurato, provvederà alla verifica della operatività del pagamento diretto e del diritto alla prestazione, invierà all'istituto di cura convenzionato autorizzazione ad eseguire le prestazioni concordate e ne darà conferma telefonica all'Assicurato stesso.

2. al momento della dimissione dall'istituto di cura:

- corrispondere l'importo dell'eventuale franchigia pattuita in polizza, nonché eventuali altre spese non indennizzabili a termini di contratto.

MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE

ART. 22 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEL RIMBORSO SPESE MEDICHE SPESE SOSTENUTE DURANTE IL RICOVERO

1. Utilizzo di istituti di cura e medici convenzionati

Il pagamento che la Società avrà effettuato ad istituti di cura o medici convenzionati, solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

2. Utilizzo di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

Per i pagamenti direttamente effettuati dalla Società all'istituto di cura vale quanto previsto al precedente punto 1.

Per i pagamenti direttamente effettuati dall'Assicurato ai medici non convenzionati, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire direttamente alla Struttura Organizzativa gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate.

Il rimborso di tali spese verrà effettuato direttamente dalla Struttura Organizzativa con modalità analoghe a quelle previste dal successivo punto 3.

3. Utilizzo di istituti di cura e medici non convenzionati

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato a cura ultimata; l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) alla Società gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate, copia conforme della cartella clinica completa, certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi.

Definito il sinistro, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso delle spese sanitarie sostenute, questo avverrà con le modalità previste dal precedente punto 3. del presente articolo.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato richieda la corresponsione dell'indennità sostitutiva, egli dovrà far pervenire direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) alla Società copia conforme della cartella clinica completa; inoltre, se richiesto a norma dell'ultimo comma dell'art. 20, dovrà fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità sostitutiva relativa a ricoveri avvenuti all'estero.

SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato a cura ultimata; l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate, copia conforme della cartella clinica, certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) a:

- la Struttura Organizzativa, nel caso in cui il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero cui e suddette spese si riferiscono sia avvenuto in un istituto di cura convenzionato;
- la Società, nel caso in cui il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero cui le suddette spese si riferiscono sia avvenuto in un istituto di cura non convenzionato o presso il Servizio Sanitario Nazionale.

Definito il sinistro, la Società/Struttura Organizzativa restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

ART. 23 - PRESTAZIONI ESEGUITE DA ISTITUTI DI CURA E MEDICI CONVENZIONATI E LORO VARIAZIONE

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dagli istituti di cura e dai medici convenzionati. Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente agli istituti di cura ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

La Società, lasciando invariati la portata e i limiti delle condizioni di assicurazione, ha la facoltà di affidare la gestione dei sinistri ad altra società specializzata. In tal caso verrà comunicata al Contraente la nuova società di servizi senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 24 - CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo possono essere demandate con comunicazione scritta a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche nell'ipotesi che questo non sia contraente di polizza.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico mentre quelle del terzo medico sono ripartite a metà tra la parte e l'Assicurato.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, che rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di violenza, dolo, errore e violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. In esso deve risultare anche l'eventuale rifiuto di uno dei medici a firmare il verbale stesso.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA

- Bypass aorto-coronarico
- Pericardiectomia parziale o totale
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Correzione di coartazione aortica
- Correzione totale di anomalie congenite del cuore
- Derivazione aortopolmonare
- Interventi a cuore aperto
- Interventi di sostituzione valvolare
- Interventi per fistole arterovenose del polmone

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Resezione dell'esofago cervicale
- Timectomia per via cervicale

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi, ascessi o per correzione di altre condizioni patologiche endocraniche per via craniotomia
- Emisferectomia – lobectomia
- Interventi endorachidei, per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni menin-gomidollari
- Interventi per derivazione liquorale diretta e indiretta
- Interventi sull'ipofisi
- Neurotomia retrogasseriana – sezione intracranica di altri nervi
- Operazioni per encefalocele o meningocele
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Interventi sulla ghiandola pineale
- Interventi sul talamo o sul globo pallido

ESOFAGO

- Esofagoplastica
- Interventi sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Interventi sull'esofago per tumori maligni: resezioni parziali basse – alte – totali
- Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale
- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia
- Correzione di palatoschisi

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche maggiori
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari

GINECOLOGIA

- Vulvectomy allargata
- Isterectomia radicale per via addominale per neoplasia maligna
- Mastectomia radicale

ORTOPEDIA

- Disarticolazione interscapolo toracica.

- Emipelvectomia.
- Sostituzione totale di una delle seguenti articolazioni: anca, ginocchio, tibiotarsica, polso, spalla, gomito
- Amputazione di tumori ossei e forme pseudo tumorali vertebrali
- Artrodesi vertebrale per via anteriore o per spondilolistesi
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Osteosintesi vertebrale
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Ricostruzione del pollice in microchirurgia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Faringo-laringectomia
- Laringectomia totale
- Asportazione dei tumori maligni delle cavità nasali e dei seni paranasali
- Exeresi di neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Orecchio: antro-atticotomia
- Resezione e plastiche tracheali per neoplasie maligne

PANCREAS – MILZA

- Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
- Pancresectomia parziale o totale
- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi per fistole pancreatiche
- Derivazioni pancreato-Wirsung-digestive
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Interventi per atresia dell'ano
- Intervento per atresia congenita dell'esofago.
- Cisti e tumori del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Fistola congenita dell'esofago
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhalen o Swenson
- Interventi di resezione per megauretere
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Interventi correttivi per palatoschisi

INTESTINO

- Colectomia totale
- Procto-colectomia con confezione di "reservoir"
- Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali.

RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addomino-perineale

STOMACO – DUODENO

- Gastrectomia totale per neoplasia maligna
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica

TORACE E CHIRURGIA TORACICA

- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Pneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Lobectomia
- Toracoplastica totale
- Timectomia per via toracica

UROLOGIA

- Cistectomia totale
- Intervento per fistola vescico-intestinale
- Nefrectomia allargata per neoplasia maligna
- Nefro-ureterectomia totale
- Prostatectomia radicale per neoplasia maligna
- Surrenectomia
- Uretero-entero-anastomosi.

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi
- Interventi sui vasi intracranici
- Interventi che necessitano di circolazione extracorporea o cardioplegia
- Shunt venoso intraddominale (TIPSS)

TRAPIANTI

- Tutti

ELENCO GRAVI MALATTIE

TUMORE MALIGNO

malattia caratterizzata dalla crescita diffusa e incontrollata di cellule maligne con invasione dei tessuti normali. La definizione include la leucemia e le patologie maligne del sistema linfatico, come la malattia di Hodgkin.

Sono esclusi tutti i carcinomi in-situ, la malattia di Hodgkin in stadio I°, le lesioni intraepiteliali prostatiche di alto grado (PIN), tutti i tumori cutanei (eccetto il melanoma maligno invasivo a partire dallo stadio III° di Clark) e tutti i tumori maligni in presenza di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS).

INFARTO DEL MIOCARDIO

necrosi di una porzione di tessuto miocardico dovuta ad inadeguata perfusione sanguigna.

La diagnosi viene posta in presenza di tutti i seguenti elementi: anamnesi di dolore toracico tipico, comparsa di modificazioni specifiche elettrocardiografiche, innalzamento dei marker enzimatici cardiaci.

ARTEROSCLEROSI CORONARICA

grave stenosi od occlusione di arterie coronarie solamente nel caso che si renda necessario intervento cardiocirurgico di bypass aorto-coronarico (BPAC) di 2 o più arterie coronarie. L'intervento deve ritenersi necessario dopo valutazione coronarografica.

Sono escluse l'Angioplastica (PTCA) e altre procedure intra-arteriose per via percutanea.

ICTUS

qualsiasi accidente cerebrovascolare che provochi sintomi neurologici di durata superiore alle 24 ore e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione di origine extracranica. Devono rendersi evidenti deficit neurologici documentabili per almeno 3 mesi.

PARALISI

totale ed irreversibile perdita della funzione di due o più arti in seguito a paralisi dovuta ad infortunio o a malattia. La paralisi deve essere documentata clinicamente per un periodo di almeno tre mesi.

ELENCO ATTIVITÀ PROFESSIONALI

ATTIVITÀ CLASSE DI RISCHIO A

Agente/ Intermediario in genere/Rappresentante
Agricoltore (proprietario, affittuario) senza lavoro manuale
Amministratore di beni propri o altrui
Antiquario senza restauro
Appartenete al Clero
Architetto
Artigiano senza uso di macchine
Artista (attore, musicista, cantante, regista, sceneggiatore)/ Modello- Indossatrice
Assistente personale (bambini, anziani)/ Collaboratore familiare
Assistente sociale
Attuario
Avvocato
Barbiere/ Parrucchiere
Benestante senza particolari occupazioni
Biologo/ addetto a laboratori di analisi mediche
Casalinga
Commercialista/ Consulenti del lavoro/ Revisore dei Conti
Diplomatico/ Politico/ Sindacalista
Dirigente/ Impiegato/ Quadro senza lavoro manuale
Disegnatore/ Grafico/ Pubblicitario
Enologo ed enotecnico
Esercente di attività commerciali o servizi
Farmacista titolare/ addetto
Forze armate solo personale amministrativo
Fotografo
Guida turistica
Ingegnere
Imprenditore senza lavoro manuale
Insegnante escluse discipline sportive/ materie sperimentali e pratica professionale
Magistrato
Medico generico/ Medico specialista/ Odontoiatra
Notaio
Odontotecnico
Orefice/ Orologiaio/ Gioielliere
Pensionato
Professionista dell'area sanitaria (Fisioterapista, Ostetrica, Logopedista, Dietista, Igenista dentale, Audiometrista, Educatore Professionale)
Proprietario settore ricettizio (Alberghi/ Bar/ Ristoranti/ Enotecche/ Birrerie e simili) senza lavoro manuale
Proprietario/ addetto di esercizio commerciale
Sarto/ Vetrinista
Scrittore/ Poeta/ Giornalista
Studente >18 anni

ATTIVITÀ CLASSE DI RISCHIO B

Addetto in attività commerciali o servizi con lavoro manuale e/o carico e scarico
Agricoltore (proprietario, affittuario)/ Bracciante agricolo
Agronomo
Allevatore/ proprietario di pollame, equini, bovini, suini , ovini
Artigiano con uso di macchine (calzolaio, pellettiera, pellicciaio, conciaio, corniciaio)
Autista
Autoriparatore (Carroziere, Elettrauto, Meccanico, Gommista)
Ballerino/a
Boscaiolo

Muratore/ Piastrillista/ Pavimentatore/ Palchettista
Casaro/ Macellaio/ Salumiere
Cuoco/ Pasticciere/ Panettiere/ Pizzaiolo/ Gelataio
Dirigente/ Impiegato/ Quadro con lavoro manuale
Esercente di attività commerciali o servizi con posa in opera di materiali/ installazioni
Estetista
Fabbro/ Saldatore/ Tornitore
Falegname/ Mobiliere
Geologo
Geometra
Gestore di distributori automatici di carburante con operazioni di manutenzione, lavaggio e simili
Giardiniere/ Vivaista/ Floricoltore/ Orticoltore
Guardiacaccia/ guardiapescia/ guardie campestri/ guardie forestali
Idraulico
Imbianchino
Imprenditore con lavoro manuale
Insegnante di discipline sportive quali: nuoto, sci, basket, pallavolo, tennis, scherma, ballo, atletica leggera
Insegnante di educazione fisica
Insegnante di materie sperimentali anche in laboratorio o di pratica professionale
Istruttore di pratica di scuola guida
Marinaio
Marmista/ Incisore/ Scultore/ Intagliatore/ Coniatore
Mediatore
Operaio anche con uso di macchine e/o accesso ad officine, cantieri, ponteggi ed impalcature
Personale ATA
Pescatore
Proprietario/ Addetto settore ricettizio (alberghi, bar, ristoranti, enoteche, birrerie e simili)
Portiere/ Custode
Professionista dell'area sanitaria (Infermiere, Podologo)
Restauratore/ Antiquario
Tappezziere
Tipografo
Topografo
Venditore ambulante

PROFESSIONI NON AMMESSE

Calciatore di serie A-B-C e altre serie o divisioni
Carpentiere
Carabiniere, guardia di finanza, guardia doganali, guardia portuali, pubblica sicurezza (personale operativo)
Ciclista: corridori dilettanti e professionisti
Circense
Esercito, marina militare ed aviazione
Fantino
Guardia notturna, giurata, guardia armata, portavalori, investigatore privato, guardia del corpo, custode di autorimesse
Insegnante di alpinismo, guida alpina
Palombaro/sommozzatore
Personale viaggiante dell'aviazione civile
Pirotecnico
Speleologo
Sportivi professionisti
Vigile del fuoco
Vigile urbani

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma

Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831

pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

