

INDICE

ALLEGATO N. 1 ALLA POLIZZA SANITARIA

(Edizione 2011)

DEFINIZIONI

Pag. 2

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO
L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Pag. 3

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE
SANITARIA PER MALATTIE E INFORTUNI

Pag. 5

NORME CHE, AD INTEGRAZIONE DI QUANTO PRECEDE,
REGOLANO L'ASSICURAZIONE CUMULATIVA

Pag. 9

PRESTAZIONI

Pag. 11

CONDIZIONI PARTICOLARI

OPERANTI SOLTANTO MEDIANTE
ESPRESSO RICHIAMO IN POLIZZA

Pag. 18

ELENCO

«GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI»

Pag. 20

DEFINIZIONI

Assicurato:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione:

il contratto di assicurazione.

Assistenza infermieristica:

l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Contraente:

il soggetto che stipula e sottoscrive il contratto.

Indennizzo:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio:

ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Istituto di cura:

gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con l'Assistenza Sanitaria Sociale e/o private, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno.

Malattia:

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Società:

l'impresa assicuratrice.

Polizza:

il documento che prova l'assicurazione.

Premio:

la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero:

la degenza comportante pernottamento in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Sinistro:

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Articolo 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio (v. anche art. 15)

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell' Assicurato e / o 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 C.C.

Articolo 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente 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 deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 C.C.

Articolo 3 - Pagamento del premio (v. anche art. 13)

Il contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite. Il premio deve essere pagato all'agenzia cui è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società in conformità alle disposizioni di legge in vigore al momento del pagamento. Se il contraente non paga il premio o la prima rata stabilita dal contratto, **l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto**. Se il contraente non paga i premi successivi, **l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° 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 ai sensi dell'art. 1901 del codice civile

Articolo 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Articolo 5 - Variazioni di rischio

Il Contraente è tenuto a comunicare alla Società tutte le variazioni nel numero delle persone assicurate o degli altri elementi di rischio.

Nel caso di variazioni comportanti aumento di premio, il Contraente s'impegna a corrispondere il relativo importo entro 15 giorni dalla data di presentazione dell'appendice che verrà emessa dalla Società, con l'applicazione, in difetto, dell'Art. 1901 C.C.

Nel caso di variazione comportante diminuzione di rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente e/o Assicurato, ai sensi dell'Art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Articolo 6 - Obblighi dell' Assicurato e / o Contraente in caso di sinistro (v. anche art. 7)

In caso di sinistro, l'Assicurato e/o Contraente deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 C.C.

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

Articolo 7 - Recesso in caso di sinistro (v. anche art. 20)

Dopo ogni avviso di sinistro denunciato a termine di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente può recedere dall'assicurazione mediante lettera raccomandata a.r.. Il recesso ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione da parte della Società.

La Società, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, rimborsa al contraente la parte di premio al netto dell'imposta, relativa al periodo di garanzia non goduto..

Articolo 8 - Proroga dell' Assicurazione

In mancanza di disdetta, inviata all'altra Parte a mezzo di lettera raccomandata a.r. spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto di assicurazione è prorogato per un anno e così successivamente.

Articolo 9 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Articolo 10 - Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, può essere quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Articolo 11 - Rinvio alle norme di legge

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE SANITARIA PER MALATTIE E INFORTUNI

Articolo 12 - Oggetto dell' Assicurazione

Sono le prestazioni scelte dall' Assicurato e/o Contraente i cui estremi sono riportati sulla scheda di polizza e descritte nella sezione «PRESTAZIONI» del presente allegato. Per le Forme che prevedono il rimborso di spese si precisa che l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni garantite non può superare il massimale assicurato per l'intero anno assicurativo.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale in forma diretta o indiretta, la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenza di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

Articolo 13 - Decorrenza della garanzia. Termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- per gli infortuni:
 - dal momento in cui, ai sensi dell'Art. 3, ha effetto l'assicurazione;
- per le malattie:
 - **dal 30° giorno successivo;**
- per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto:
 - **dal 180° giorno successivo;**
- per il parto:
 - **dal 300° giorno successivo.**

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di 30 giorni - **soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.** Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Articolo 14 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- a) **le conseguenze dirette di infortuni, nonché malattie, malformazioni e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;**
- b) **l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;**
- c) **le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;**
- d) **gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell' Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);**
- e) **gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci,**

- all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- f) l'interruzione volontaria della gravidanza;
 - g) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
 - h) le protesi dentarie in ogni caso, le cure dentarie e le paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
 - i) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto nel testo della prestazione scelta;
 - l) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.
 - m) da rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla Clausola di esclusione dei rischi di energia nucleare (Nuclear Energy Risks Exclusion Clause NMA 1975° 1994);
 - n) da contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.

Articolo 15 - Cessazione dell'Assicurazione

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossico dipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, immunodeficienza acquisita (HIV) costituisce causa di cessazione di assicurazione.

Articolo 16 - Obblighi in caso di sinistro

La denuncia di cui all'Art. 6 deve essere corredata di certificazione medica. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e produrre copia della cartella clinica completa.

Articolo 17 - Criteri di liquidazione

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate ed eventualmente di dichiarazione rilasciata dall'Istituto di Cura attestante la durata del ricovero. Tale documentazione deve essere accompagnata da certificato del medico curante attestante l'alterazione dello stato di salute accertata o presunta.

A richiesta dell'Assicurato, 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, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Articolo 18 - Pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, eseguita la valutazione del danno, ricevuta la necessaria documentazione e concordato con l'Assicurato l'importo dell'indennizzo da corrispondere a termine di polizza, **la Società s'impegna a provvedere al pagamento entro 15 giorni.**

Articolo 19 - Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente da Malattia, sulla natura della malattia o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sui criteri di liquidazione di cui all'art. 17, le parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere 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 giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. 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 la metà delle spese e competenze per il terzo medico.**

È data facoltà del Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'indennizzo.

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 impegnativa salvo 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.

Articolo 20 - Recesso in caso di sinistro

Per il recesso in caso di sinistro, valgono le modalità previste all'Art. 7, tuttavia **il recesso non può essere esercitato decorsi due anni dalla data di stipulazione dell'assicurazione.**

Articolo 21 - Altre assicurazioni

Fermo quanto previsto dall'Art. 2, qualora le somme assicurate con altre polizze - escluse quelle in forma collettiva non stipulate dallo stesso Assicurato - superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 15 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Articolo 22 - Rinuncia all'azione di rivalsa

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio si conviene che nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'Art. 1916 C.C.

Articolo 23 - Anticipi di indennizzo

Nel caso di avvenuto ricovero in istituto di cura è in facoltà dell'Assicurato e/o Contraente di richiedere anticipatamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate **in misura non superiore al 60% delle stesse, previa contestuale presentazione alla Società di certificazione provvisoria dell'istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie. L'anticipazione delle spese può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare previsto delle stesse non sia inferiore a 1.033,00 Euro.**

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule, distinte e ricevute di spesa, si procede al conguaglio attivo o passivo.

Articolo 24 - Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia 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 C.C.

Articolo 25 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Articolo 26 – Indicizzazione

Le somme assicurate, il premio e gli eventuali scoperti e franchigie non espressi in percentuale, sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del «numero indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute», pubblicato nel bollettino mensile dell'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo, a raffronto l'indice indicato in frontespizio, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo. 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 variazioni.

Qualora, in conseguenza di uno o più adeguamenti, la somma assicurata ed il premio vengano a superare del 150% gli importi inizialmente stabiliti, l'Assicurato avrà facoltà di rinunciare all'adeguamento; in tal caso, somme assicurate, premio ed eventuali scoperti e franchigie non espressi in percentuale rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

NORME CHE, AD INTEGRAZIONE DI QUANTO PRECEDE, REGOLANO L'ASSICURAZIONE CUMULATIVA

Articolo 27 - Variazione di persone

Si conviene che le variazioni nel numero e nelle generalità delle persone assicurate verificatesi nel corso della garanzia, saranno comunicate per iscritto ed a mezzo raccomandata alla Società. Le variazioni stesse saranno valide a decorrere dalla data del timbro postale di partenza della comunicazione predetta e, comunque, dalla data della ricevuta della raccomandata rilasciata dall'amministrazione postale, sempre che le nuove persone siano assicurabili a norma di polizza, Fermo l'obbligo del Contraente di corrispondere l'eventuale maggior premio entro 15 giorni dalla presentazione della appendice, con l'applicazione, in difetto, dell'Art. 1901 C.C.

Articolo 28 - Variazioni nella persona del Contraente

Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità.

Dopo la divisione, il contratto continua con l'erede e con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di continuare il contratto per la parte che lo riguarda.

Nel caso di fusione della società contraente, il contratto continua con la società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione.

Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Nei casi di scioglimento della società contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, suoi eredi, od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

Art. 29 – Raccolta dati degli assicurati. Il Contraente, al fine di consentire alla Compagnia di ottemperare alle disposizioni del Regolamento Isvap n.27 del 14 ottobre 2008 ed eventuali successive modifiche, si impegna a fornire alla Compagnia entro 15 giorni dalla richiesta di quest'ultima i seguenti dati:

data di adesione alla copertura assicurativa per ogni singola applicazione;

nome e cognome dell'aderente;

codice fiscale dell'aderente;

data effetto copertura della singola adesione;

data scadenza della singola adesione;

premio di prima annualità o prima rata di premio.

La Compagnia potrà sospendere il pagamento di eventuali sinistri fino a che non vengano forniti tutti i dati richiesti.

Art. 30 - Trattamento dei dati personali La Società s'impegna a conservare la riservatezza su tutti i dati relativi al Contraente e/o Assicurati di cui venga in possesso con il presente contratto e a non divulgare le informazioni così raccolte.

La Società raccoglie e registra tali dati personali riguardanti il Contraente e/o gli Assicurati. Essa è

inoltre tenuta, ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni), ad utilizzare tali dati esclusivamente in termini compatibili con lo scopo di conclusione e gestione del contratto suddetto e a trattare i dati personali in modo lecito e secondo correttezza.

La Società s'impegna altresì, ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni), a custodire e controllare i dati personali raccolti in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi di accesso non autorizzato o il trattamento non consentito o non conforme alla finalità della raccolta.

Art. 31 - Trattamento dei dati sensibili Il Contraente e/o l'Assicurato presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano da parte della Società, in particolare dei dati sensibili ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni).

Art.32 - Obbligo di consegna dell'informativa agli assicurandi e raccolta del relativo consenso

Il Contraente si obbliga a consegnare all'Assicurando/i l'informativa sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili predisposta dalla Società ed, al fine di consentire a quest'ultima di poter prestare la garanzia assicurativa di cui al presente contratto, a raccoglierne il consenso facendo sottoscrivere la relativa modulistica predisposta dalla Società ed a conservarla presso di sé rendendola disponibile dietro richiesta della Società stessa

PRESTAZIONI

La prestazione scelta fra quelle che seguono vale in quanto richiamata nell'apposito spazio della scheda di polizza con l'indicazione della somma dovuta in caso di sinistro.

F.01 - RIMBORSO SPESE A MASSIMALE PRESTAZIONE IN FORMA COMPLETA

Nei casi di ricovero in Istituti di Cura resi necessari da malattia o da infortunio, con o senza intervento chirurgico e nei casi di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società assicura, fino alla concorrenza del massimale indicato, il rimborso delle spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati **nei 90 giorni precedenti il ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero;**
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami, durante il periodo di ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali **(escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data di intervento senza ricovero; per dette spese il rimborso viene riconosciuto fino alla concorrenza del 10% del massimale assicurato;**
- prestazioni per cure al neonato, **fino a 30 giorni dopo il parto;**
- trasferimento dell' Assicurato con qualunque mezzo di trasporto in Istituto di Cura in Italia o all'Estero, il ritorno nonché il trasferimento da un Istituto di Cura all'altro, sempre che prescritto dal medico curante; **sono altresì comprese le spese di viaggio sostenute da un accompagnatore nel caso di ricovero all'Estero; l'insieme di tali rimborsi non può superare il 10% del massimale previsto in polizza.**

Resta altresì convenuto che:

- a) **nei casi di parto senza taglio cesareo, di aborto traumatico, di intervento sulle tonsille o vegetazioni adenoidi effettuate su bambini di età inferiore a 9 anni, l'indennizzo non potrà superare per ogni singolo evento il 10% del massimale assicurato;**
- b) nel caso di trapianti di organi o di parti di essi conseguente a malattia o infortunio è compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore; nel caso di donazione da vivente si rimborsano le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativo al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e della equipe operatoria e materiale di intervento), cure, medicinali e rette di degenza;
- c) qualora l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa in proprio, e non chieda pertanto alcun rimborso, **la Società corrisponderà una indennità per ciascun giorno di ricovero, pari all'1% della somma fissata in polizza come massimale assicurato, ma con il limite**

giornaliero di 78,00 Euro (pari a Lire 151.029) e per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni anno assicurativo, nonché 52,00 Euro (pari a Lire 100.686) giornaliero per un periodo non superiore a 30 giorni per ogni anno assicurativo, quale indennità per degenza domiciliare per convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di Cura, prescritta dai sanitari che hanno curato l'Assicurato e documentata con certificazione medica;

- d) nel caso di decesso dell'Assicurato durante il ricovero, viene corrisposta ai suoi eredi, a titolo di concorso spese funerarie e/o rimpatrio salma, una ulteriore somma di Euro:
- 1) 1.550,00 (pari a Lire 3.001.219) in caso di decesso durante il ricovero all'estero;
 - 2) 517,00 (pari a Lire 1.001.052) in caso di decesso durante il ricovero in Italia.

F.02 - RIMBORSO SPESE A MASSIMALE PRESTAZIONE IN FORMA INTEGRATIVA

Nei casi di ricovero in Istituti di Cura resi necessari da malattia o da infortunio, con o senza intervento chirurgico e nei casi di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società assicura, fino alla concorrenza del massimale indicato, il rimborso della parte di spese che non risultino a carico del Servizio Sanitario Nazionale per:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) **effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero;**
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami, durante il periodo di ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) **effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data di intervento senza ricovero; per dette spese il rimborso viene riconosciuto fino alla concorrenza del 10% del massimale assicurato;**
- prestazioni per cure al neonato, **fino a 30 giorni dopo il parto;**
- trasferimento dell'Assicurato con qualunque mezzo di trasporto in Istituto di Cura in Italia o all'Estero, il ritorno nonché il trasferimento da un Istituto di Cura all'altro, **sempre che prescritto dal medico curante;** sono altresì comprese le spese di viaggio sostenute da un accompagnatore nel caso di ricovero all'Estero; **l'insieme di tali rimborsi non può superare il 10% del massimale previsto in polizza.**

Resta altresì convenuto che:

- a) **nei casi di parto senza taglio cesareo, di aborto traumatico, di intervento sulle tonsille o vegetazioni adenoidi effettuate su bambini di età inferiore a 9 anni, l'indennizzo non potrà superare per ogni singolo evento il 10% del massimale assicurato;**
- b) nel caso di trapianti di organi o di parti di essi conseguente a malattia o infortunio è compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore; nel caso di donazione da vivente si rimborsano le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativo al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e della equipe operatoria e materiale di intervento), cure, medicinali e rette di degenza;
- c) qualora l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa in proprio, e non chieda pertanto alcun rimborso **la Società corrisponderà una indennità per ciascun giorno di ricovero, pari all'1% della somma fissata in polizza come massimale assicurato, ma con il limite giornaliero di**

39,00 Euro (pari a Lire 75.515) e per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni anno assicurativo, nonché 26,00 Euro (pari a Lire 50.343) giornaliera per un periodo non superiore a 30 giorni per ogni anno assicurativo, quale indennità per degenza domiciliare per convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di Cura, prescritta dai sanitari che hanno curato l'Assicurato e documentata con certificazione medica;

- d) nel caso di decesso dell'Assicurato durante il ricovero, viene corrisposta ai suoi eredi, a titolo di concorso spese funerarie e/o rimpatrio salma, una ulteriore somma di Euro:
- 1) 1.550,00 (pari a Lire 3.001.219) in caso di decesso durante il ricovero all'estero;
 - 2) 517,00 (pari a Lire 1.001.052) in caso di decesso durante il ricovero in Italia.
- e) **nel caso in cui l'Assicurato non fruisca dell'Assistenza Sanitaria Nazionale, le spese effettivamente sostenute verranno rimborsate con una detrazione del 25% a carico dell'Assicurato stesso.**

F.03 - RIMBORSO SPESE A MASSIMALE PRESTAZIONE «GRANDI INTERVENTI»

Nei casi di ricovero in Istituti di Cura resi necessari da malattia o da infortunio e comportanti «GRANDE INTERVENTO», compreso tra quelli elencati nel relativo capitolo del presente allegato, la Società assicura, fino alla concorrenza del massimale indicato, il rimborso delle spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati **nei 90 giorni precedenti il ricovero;**
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami durante il periodo di ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati **nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero; per dette spese il rimborso viene riconosciuto fino alla concorrenza del 10% del massimale assicurato;**
- trasferimento dell'Assicurato con qualunque mezzo di trasporto in Istituto di Cura in Italia o all'Estero, il ritorno nonché il trasferimento da un Istituto di Cura all'altro, **sempre che prescritto dal medico curante;** sono altresì comprese le spese di viaggio sostenute da un accompagnatore nel caso di ricovero all'Estero; **l'insieme di tali rimborsi non può superare il 10% del massimale previsto in polizza.**

Resta altresì convenuto che:

- a) nel caso di trapianto di organi o di parti di essi conseguente a malattia o infortunio è compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore; nel caso di donazione da vivente si rimborsano le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativo al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e della equipe operatoria e materiale di intervento), cure, medicinali e rette di degenza;
- b) nel caso di decesso dell'Assicurato durante il ricovero, viene corrisposta ai suoi eredi, a titolo di concorso spese funerarie e/o rimpatrio salma, una ulteriore somma di Euro:
- 1) 1.550,00 (pari a Lire 3.001.219) in caso di decesso durante il ricovero all'estero;
 - 2) 517,00 (pari a Lire 1.001.052) in caso di decesso durante il ricovero in Italia.
- c) **Franchigia Assoluta.**
Le spese sostenute dall'Assicurato verranno rimborsate dalla Società previa deduzione

della franchigia assoluta di 1.549,00 Euro (pari a Lire 2.999.282) per ogni sinistro.

F.04 - RIMBORSO SPESE per accertamenti diagnostici e visite specialistiche

(La garanzia è prestata solo in abbinamento ad una delle forme F.01 – F.02).

La Società assicura il rimborso delle spese, sino alla concorrenza del massimale assicurato indicato in polizza, sostenute dall'Assicurato per le seguenti prestazioni sanitarie ambulatoriali, rese necessarie da malattia o infortunio:

- onorari medici per visite specialistiche o per consulti **escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche;**
- analisi ed esami diagnostici.

Il rimborso delle spese viene effettuato con applicazione dello **scoperto del 10% con il minimo di 25,00 Euro (pari a Lire 48.407) per ogni denuncia di sinistro relativa a ciascun assicurato.**

F.05 - INDENNITÀ GIORNALIERA per ricoveri da malattia o infortunio ed Hospital Day

La Società corrisponderà all'Assicurato l'indennità giornaliera assicurata per ciascun giorno di degenza in Istituto di Cura, **per la durata massima di 90 giorni per ogni malattia e/o infortunio e per un periodo non superiore a 180 giorni per ogni anno assicurativo,**

Limitatamente ai ricoveri di assicurati di età inferiore ai 9 anni, dovuti ad interventi su tonsille o su vegetazioni adenoidi e per i ricoveri dovuti a parto non cesareo, aborto post-traumatico, l'indennità viene corrisposta per la durata massima di giorni 5.

Qualora il ricovero sia conseguente a «grande intervento chirurgico» compreso tra quelli elencati nel relativo capitolo del presente allegato od a cancro, leucemia o infarto miocardico acuto, l'indennità assicurata si intende raddoppiata.

In caso di Hospital Day (degenza diurna) in Istituto di Cura **per un periodo non inferiore a tre giorni, la garanzia è operante per una indennità pari ad 1/3 di quella assicurata, purché dalla documentazione dell'Istituto di Cura risulti che l'Hospital Day è avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza soluzione di continuità.**

Nel caso in cui la degenza in Istituto di Cura superi la durata di 10 giorni, la Società corrisponde un'indennità per ogni giorno di convalescenza a domicilio, immediatamente successiva alla dimissione dell'assicurato dall'Istituto di Cura; tale indennità giornaliera viene corrisposta nella misura prevista in polizza per la degenza in Istituto di Cura e per un periodo pari alla metà della durata della degenza stessa con un massimo di 30 giorni per ciascun evento. **La convalescenza a domicilio deve essere prescritta dai sanitari che hanno curato l'Assicurato e deve essere documentata con certificato medico.** La corresponsione di tale indennità cessa a partire dal giorno in cui l'Assicurato riprende a svolgere, anche parzialmente, le sue abituali occupazioni. **Tale indennità di convalescenza non viene corrisposta nel caso di ricoveri dovuti ad interventi sulle tonsille o su vegetazioni adenoidi od a parto non cesareo.**

In caso di decesso dell'Assicurato durante il ricovero indennizzabile a termini di polizza viene corrisposta ai suoi eredi, in aggiunta alla indennità di polizza, a titolo di concorso spese funerarie e/o rimpatrio salma, la somma di Euro:

- a) 1.550,00 (pari a Lire 3.001.219) in caso di decesso durante il ricovero all'estero;
- b) 517,00 (pari a Lire 1.001.052) in caso di decesso durante il ricovero in Italia.

F.06 - INDENNITÀ GIORNALIERA per convalescenza post-ricovero

(La garanzia è prestata solo in abbinamento alle Forme F.01 – F.02 – F.03).

La Società corrisponderà all'Assicurato l'indennità giornaliera indicata in polizza per degenza domiciliare per convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di Cura, **purché prescritta dai sanitari che hanno curato l'Assicurato e documentata con certificato medico. L'indennità verrà corrisposta per una durata massima di 90 giorni per evento e per anno assicurativo e non opera per convalescenza successiva ad interventi sulle tonsille o su vegetazioni adenoidi effettuati su bambini di età inferiore a 9 anni od a parto non**

cesareo.

La presente forma di garanzia **non è cumulabile con la medesima prestazione prevista al punto c) delle forme di garanzie F.01 e F.02.**

F.07/t.A - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

1) *Oggetto dell'Assicurazione*

La presente assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente conseguente a stato patologico insorto successivamente alla data di effetto del contratto stesso, secondo quanto previsto dalle condizioni che seguono, e manifestatosi **non oltre un anno dalla sua cessazione**. La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata, con le modalità che seguono, **non prima che sia trascorso un anno dalla data di denuncia dello stato patologico**.

2) *Definizione*

È considerata Invalidità Permanente la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

3) *Delimitazione della garanzia*

Nessuna indennità viene corrisposta quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 24% della totale. Quando l'Invalidità Permanente accertata sia invece di grado superiore al 24%, la Società liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata indicata in polizza, in base alle percentuali e disposizioni seguenti:

per percentuali di I.P. accertata	percentuali da liquidare	per percentuali di I.P. accertata	percentuali da liquidare
25	5	56	59
26	8	57	63
27	11	58	67
28	14	59	71
29	17	60	75
30	20	61	79
31	23	62	83
32	26	63	87
33	29	64	91
34	32	65	95
dal 35 al 55	dal 35 al 55	dal 66 al 100	100

La valutazione dell'Invalidità Permanente viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle percentuali di invalidità permanente contenute nelle tabelle allegate al D.P.R. 30 Giugno 1965 n° 1124.

Nei casi di Invalidità Permanente non previsti dal T.U. la valutazione è concordata tra il medico dell'Assicurato e il Consulente medico della Società che terranno conto, con riguardo ai casi di Invalidità Permanente previsti, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

4) *Criteri di indennizzabilità*

Nel caso di Invalidità Permanente preesistente l'indennizzo è liquidato per le sole conseguenze dirette ed esclusive della singola malattia denunciata come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Nel caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un arto o di un organo già minorato le percentuali di Invalidità Permanente accertata sono diminuite tenendo conto del grado

di Invalidità preesistente.

5) *Termini di aspettativa*

L'assicurazione ha effetto a partire dalle ore 24 del 60° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia.

Limitatamente alle malattie dipendenti dalla gravidanza e dal puerperio l'assicurazione ha effetto dal 300° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia.

6) *Esclusioni*

Sono escluse dall'Assicurazione:

- le conseguenze di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici, o diagnosticati, o sottoposti ad accertamenti, o curati, o insorti, intendendo per insorgenza l'inizio della modificazione anatomo-patologica indipendentemente dalla manifestazione sintomatologica, anteriormente alla data di effetto dell'assicurazione;
- le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti ed allucinogeni;
- le invalidità permanenti conseguenti a trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- le malattie mentali e le nevrosi;
- le conseguenze dell'esposizione a radiazioni ionizzanti.

a) *Denuncia del danno ed obblighi relativi*

Ad integrazione di quanto previsto dagli Artt. 6 e 16 delle Norme che regolano l'assicurazione, si conviene che nel caso di malattia che abbia comportato, o sembri comportare, una invalidità permanente indennizzabile ai sensi della presente normativa deve essere presentata denuncia scritta, indirizzata all'Agenzia cui è assegnato il contratto o alla Sede della Società.

Alla denuncia deve essere unita, o far seguito, la seguente documentazione:

- a) certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- b) certificato medico atte stante l'avvenuta guarigione clinica della malattia (escluso il caso di malattie neoplastiche);
- c) la copia della cartella clinica ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

In caso di malattie neoplastiche la valutazione dei postumi sarà effettuata entro un anno dal primo riscontro diagnostico della neoplasia a prescindere dalla guarigione clinica.

In tutti gli altri casi, trascorsi sei mesi dalla data del certificato richiamato alla precedente lettera b), deve essere presentato con le modalità suddette un certificato medico. con l'indicazione del grado di Invalidità Permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia.

Qualora la garanzia scada prima che sia stata presentata denuncia di danno e sempre che la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità della garanzia stessa è concesso il termine di un anno dalla scadenza, per la relativa denuncia. L'Assicurato deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Se dolosamente non viene adempiuto agli obblighi previsti dal presente articolo, l'Assicurato perde il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

b) *Liquidazione dei danni*

La Società compiuti gli accertamenti del caso, liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento.

Ove, a giudizio sia del medico dell'Assicurato che del Consulente medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia oggetto di denuncia e **qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di Invalidità Permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo quindi al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.**

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non trasferibile agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato muore dopo che l'ammontare dell'indennizzo sia stato determinato fra le Parti, la Società paga l'importo stabilito agli eredi.

c) *Controversie sulla natura o conseguenza della malattia*

In caso di controversie sulla natura della malattia o sul grado di Invalidità Permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la vertenza è deferita ad un collegio di tre medici secondo le modalità previste dall'Art. 19 delle Norme che regolano l'Assicurazione.

d) *Disdetta in caso di sinistro*

Con riferimento all'Art. 7 ed a parziale modifica dell'Art. 20 delle Norme che regolano l'assicurazione, resta convenuto che dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto delle prestazioni, **le parti hanno facoltà di far cessare l'assicurazione di cui alla presente forma con preavviso di 30 giorni. In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto d'imposta, relativa al periodo di rischio non corso, Le eventuali altre garanzie rimangono in vigore.**

F.07/t.B - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

1) *Oggetto dell'Assicurazione*

Ferma restando la normativa della Forma 07/t.A in quanto non derogata dal testo che segue, la presente assicurazione vale **per il caso di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60% (sessantapercento) derivante dalle seguenti malattie:**

- **Infarti**
- **Pericarditi**
- **Miocarditi**
- **Coronaropatie**
- **Nefriti**
- **Calcolosi**
- **Pieliti**
- **Glomerulonefriti**
- **Disturbi dell'apparato circolatorio a carattere acuto**
- **Manifestazioni articolari acute.**

2) *Liquidazione dei danni*

La Società compiuti gli accertamenti del caso che confermano l'invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%, liquida il 100% del massimale stabilito in polizza.

L'Assicurato decade da ogni diritto all'indennizzo qualora non intenda sottoporsi ai trattamenti terapeutici che sia a giudizio del medico dello stesso che del Consulente medico della Società possano modificare positivamente la prognosi della malattia oggetto di denuncia.

CONDIZIONI PARTICOLARI

OPERANTI SOLTANTO MEDIANTE ESPRESSO RICHIAMO IN POLIZZA

- a) **Nucleo familiare.** *(Applicabile per le Forme F.01 – F.02)* - Il massimale assicurato deve intendersi come massima esposizione della Società per uno o più sinistri verificatisi nel corso di uno stesso periodo annuo assicurativo e per l'intero nucleo familiare e non per singola persona assicurata.
- b) **Assistenza infermieristica post-ricovero.** *(Applicabile per le Forme F.01 – F.02 – F.03)* - Entro i limiti del massimale stabilito in polizza si conviene che la garanzia si intende estesa al rimborso delle spese sostenute per l'assistenza infermieristica domiciliare resa necessaria dal ricovero ospedaliero, **fino alla concorrenza di un importo massimo corrispondente al 5% del massimale stesso.**
- c) **Apparecchi protesici vari** - La garanzia si intende inoltre estesa al rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, nonché acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche, **fino alla concorrenza di un ulteriore importo massimo corrispondente al 4% del massimale assicurato per le Forme F.01 – F.02 – F.03.**
- d) **Accompagnatore.** *(Applicabile per le forme F.01 – F.02 – F.03)* - In eccedenza al massimale indicato in polizza, la Società rimborsa le spese documentate di vitto e pernottamento (comprese quelle di natura alberghiera) di un accompagnatore dell'Assicurato, **per un periodo non superiore a 30 giorni per ciascun caso di infermità e fino alla concorrenza di una somma non superiore a 26,00 Euro (pari a Lire 50.343) al giorno.**
- e) **Minori di 18 anni.** *(Operante solo per la Forma F.05)* - Per gli assicurati di età inferiore a 18 anni che frequentano scuole di istruzione elementare, media e secondaria e sempre che il ricovero avvenga durante il periodo scolastico, viene corrisposta a titolo di rimborso spese per recupero scolastico una ulteriore indennità di 6,00 Euro (pari a Lire 11.618) per ogni giorno di ricovero.
- f) **Coniugi.** *(Operante solo per la Forma F.05)* - Quando l'assicurazione viene prestata a favore di un intero nucleo familiare, come da certificato di stato di famiglia, nel caso di ricovero contemporaneo di entrambi i coniugi ed in presenza di uno o più figli minori conviventi a carico, l'indennità fissata in polizza per i coniugi si intende raddoppiata.
- g) Regolazione Premio** Il premio, convenuto in tutto o in parte sulla base di elementi variabili viene anticipato in via provvisoria, all'inizio del periodo assicurativo, quale acconto di premio calcolato sulla stima preventiva degli elementi indicati in polizza e regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, a seconda delle variazioni intervenute in detti elementi durante lo stesso periodo. Resta fermo il premio minimo di polizza.
Entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente o l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società, in relazione a quanto previsto dal contratto, gli elementi variabili previsti in polizza.
Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni

dalla comunicazione effettuata dalla Società.

Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato, nei termini prescritti, non abbia effettuato la comunicazione dei dati ovvero il pagamento della differenza attiva dovuta, la garanzia prestata per il nuovo periodo assicurativo resta sospesa a partire dal 15° giorno successivo a quello indicato per la scadenza del contratto e fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente o l'Assicurato abbia adempiuto ai propri obblighi, secondo quanto disposto dall'art.1901 comma 2 del Codice Civile.

Resta fermo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, mediante lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Se all'atto della regolazione annuale il consuntivo degli elementi variabili di rischio risulti maggiore del doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di una rivalutazione del preventivo degli elementi variabili, comunque non inferiore al 75% dell'ultimo consuntivo.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente o l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti necessari e le e le documentazioni probatorie in suo possesso.

ELENCO «GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI»

CRANIO E SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Cranioplastiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta.
- Operazione per encefalo meningocele.
- Lobotomia ed altri interventi di psicochirurgia.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningeomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Emisferectomia.
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splacnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.
- Vagotomia per via toracica.

FACCIA E BOCCA

- Plastica per paralisi del nervo facciale.
- Parotidectomia con conservazione del facciale.
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne.
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo.
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare.
- Demolizione dell'osso frontale.
- 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.

ESOFAGO

- Interventi per diverticolo dell'esofago.
- Resezione dell'esofago cervicale.
- Resezione totale esofagea con esofago plastica in un tempo.

- Collocazione di protesi endoesofagea per via toraco-laparatomica.
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico.
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazione sull'esofago per stenosi benigne, per tumori, resezioni parziali basse, alte e totali.

TORACE

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumectomia.
- Decorticazione polmonare.
- Pleuro pneumectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Resezione bronchiale con re impianto , Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Asportazione del timo.
- Toracoplastica totale.

CHIRURGIA CARDIACA

- Pericardiectomia.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei del cuore.
- Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici.
- Commisurotomia.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Valvuloplastica della mitrale o dell'aorta.
- Sostituzione valvolare con protesi.
- Infartectomia in fase acuta.
- Resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- By-pass aorto-coronarico con vena.
- By-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg singolo e doppio.
- Impianto di pace-maker epicardio per via toracotomica o frenico-pericardica.
- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore.
- Trapianto del cuore.

STOMACO E DUODENO

- Gastrectomia totale.

PERITONEO E INTESTINO

- Colectomia segmentaria.
- Colectomia totale.

RETTO E ANO

- Amputazione del retto per via sacrale.
- Amputazione del retto per via addominoperineale.

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Trapianto del fegato,

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:
 - totale o della testa,
 - della coda.
- Splenectomia.
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale.
- Anastomosi mesenterica-cava.
- Trapianto del pancreas.

VASI

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavia, tronco branchio-cefalico, iliache.
- Interventi per stenosi od ostruzioni della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima.
- Disostruzione by-pass aorta addominale.
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca.
- Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale.

PEDIATRIA

- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumectomy).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia dell'esofago.
- Fistola dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice-abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare abbassamento addomino perineale.
- Eteratoma sacrococcigeo.
- Megauretere:
 - resezione con reimpianto,
 - resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Megacolon - operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Artroprotesi di anca.
- Artroprotesi di ginocchio.
- Artroprotesi di gomito.
- Protesi di Thompson.
- Protesi di spalla e gomito.
- Protesi di polso.
- Protesi di ginocchio.

□ Vertebrotonia.

UROLOGIA

- Intervento per fistola vescico-rettale.
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia.
- Ileocisto plastica-colecisto plastica.
- Cistectomia totale.
- Intervento per fistola vescica-intestinale.
- Intervento per estrofia della vescica.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefroureterectomia totale.
- Trapianto del rene.

APPARATO GENITALE

- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma).
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi.
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico.
- Pannisterectomia radicale per via addominale.
- Pannisterectomia radicale per via vaginale.
- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy totale.

OCULISTICA

- Iridocicloretrazione.
- Trabeculectomia..
- Trapianto della cornea.

OTORINOLARINGOIATRIA

- Chirurgia della sordità otosclerotica.
- Timpanoplastica.
- 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.