

ALLEGATO N° 01 MOD. "SLX09"

A parziale modifica di quanto risulta dai documenti contrattuali relativi alla polizza in oggetto e con effetto dalla data di decorrenza della polizza, si comunica quanto segue:

UNIQA Assicurazioni SpA ha affidato a Blue Assistance S.p.A., società di servizi facente parte di Reale Group, la gestione dei servizi di Convenzionamento e Assistenza previsti nel contratto; pertanto, ove sia presente nella documentazione contrattuale il riferimento a Centrale operativa Medica e Europ Assistance Service S.p.A., Piazza Trento 8 - 20135 Milano, deve considerarsi sostituito da:

Blue Assistance S.p.A., Via Santa Maria, 11 - 10122 Torino (TO)

Recapiti telefonici:

- dall'Italia: numero verde 800 686472 per convenzionamento opzione 1
- dall'Italia: numero verde 800 686472 per assistenza opzione 2
- dall'estero: +39 011 7425773

La Nota Informativa, il Glossario e le Condizioni di Assicurazione si intendono così aggiornate:

Integrazione alla Nota Informativa

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13. Sinistri - liquidazione dell'indennizzo

Sezione Assistenza

AVVERTENZA

La gestione dei sinistri Assistenza è stata affidata dall'Impresa a: Blue Assistance S.p.A., società di servizi facente parte di Reale Group alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

Per la denuncia dei sinistri e la loro successiva trattazione si possono utilizzare i numeri di telefono:

- 800 686472 (opzione 2) valido solo in Italia;
- +39 011 7425733 valido solo dall'estero.

Ulteriori dettagli sono descritti alla sezione Assistenza delle Condizioni di Assicurazione

Glossario

La definizione di "CENTRALE OPERATIVA MEDICA" è sostituita dalla seguente:

BLUE ASSISTANCE: Blue Assistance S.p.A. è la società di servizi, facente parte di Reale Group, che provvede, per conto di Uniqa Assicurazioni, alla gestione delle prestazioni in forma diretta ed inoltre gestisce le convenzioni e i rapporti con le strutture sanitarie che ha selezionato in Italia e all'estero.

La definizione di "STRUTTURE MEDICHE CONVENZIONATE" è sostituita dalla seguente:

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI: strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con Blue Assistance, presso i quali l'Assicurato – previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di Blue Assistance – può fruire dell'Assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi chirurgici e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute. L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è consultabile nel sito internet www.uniqagroup.it. Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'Assicurato ottenga conferma, contattando Blue Assistance, dell'effettiva esistenza dell'accordo.

La definizione di "STRUTTURA ORGANIZZATIVA" è sostituita dalla seguente:

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: È la struttura di Blue Assistance S.p.A., via Santa Maria 11 – 10122 Torino, società di servizi facente parte di Reale Group in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che, in virtù di una specifica convenzione sottoscritta con la Società UNIQA Assicurazioni SpA, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed eroga, con costi a carico della UNIQA Assicurazioni SpA stessa, le prestazioni previste dalla Sezione Assistenza.

FERMO TUTTO IL RESTO DELLA NOTA INFORMATIVA

Integrazioni alle Condizioni di Assicurazione

Istruzioni per la richiesta di convenzionamento e/o assistenza

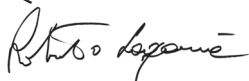
Ogni riferimento per contattare la Centrale operativa Medica e/o la Struttura Organizzativa viene sostituito dai seguenti recapiti telefonici:

- dall'Italia: numero verde 800 686472 per convenzionamento opzione 1
- dall'Italia: numero verde 800 686472 per assistenza opzione 2
- dall'estero: +39 011 7425773

FERMO IL RESTO

UNIQA Assicurazioni SpA è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente integrazione alla Nota Informativa.

UNIQA Assicurazioni SpA



_____ li _____

IL CONTRAENTE / ASSICURATO

Rimborso Spese Mediche a Vita Intera con convenzionamento

Modello F012007 - Edizione maggio 2017

Contratto di Assicurazione Malattia

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa, comprensiva del Glossario;
- b) Condizioni di Assicurazione;

deve essere consegnato al contraente
prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione
leggere attentamente la Nota Informativa.

UNIQA Assicurazioni SpA



a) Nota Informativa,
comprensiva del
glossario
(pag. 1 - 8)

Nota Informativa.....	1
A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione.....	1
B. Informazioni sul contratto.....	1
C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami.....	4
 Glossario.....	 6

b) Condizioni di
Assicurazione
(pag. 1 - 39)

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale.....	1
Norme che regolano l'assicurazione "Rimborso Spese Mediche".....	5
Norme operanti in caso di sinistro.....	9
Convenzionamento.....	10
Servizi di Telemedicina.....	12
 Sezione Assistenza (Tariffa AS51)	
Norme che regolano l'assicurazione "Assistenza".....	14
 Allegati	
Allegato 1 - Elenco Grandi Interventi Chirurgici.....	20
Allegato 2 - Elenco Prestazioni Medico Chirurgiche.....	24

a) Nota Informativa

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MALATTIA

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 del contratto.

Nella presente Nota Informativa e nelle Condizioni di Assicurazione, le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" sono evidenziate in **grassetto corsivo** e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella presente Nota Informativa e nel Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet: www.uniqagroup.it.

UNIQA Assicurazioni SpA comunicherà per iscritto al Contraente le modifiche derivanti da future innovazioni normative.

È inoltre prevista per il Contraente o gli aventi diritto la facoltà di richiedere alla Società, secondo le modalità rese note sul sito internet www.uniqagroup.it, le credenziali di accesso alla propria area riservata, indicando le proprie generalità comprensive di un indirizzo e-mail valido al quale la Società potrà trasmettere le opportune comunicazioni.

A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

UNIQA Assicurazioni SpA è un'Impresa con Sede Legale in Italia, autorizzazione D. M. 5716 del 18/08/1966, iscritta all'albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00033. Società appartenente al Gruppo Reale Mutua e che non ha alcun rapporto di controllo, di partecipazione o di direzione comune con Società appartenenti al gruppo austriaco UNIQA Insurance Group AG.

- Codice Fiscale/Registro Imprese di Milano n. 01416080156 - R.E.A. n. 688496.
- Sede Legale: Via Carnia 26 - 20132 Milano.
- Recapito Telefonico: 02.2685831 - Sito Internet: <http://www.uniqagroup.it>, e-mail: posta@uniqagroup.it.
- Numero verde dedicato agli assicurati: 800 25 27 47.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa.

L'Impresa, sulla base dell'ultimo bilancio approvato riferito al 31/12/2016, dispone di un patrimonio netto pari a 240,98 milioni di Euro di cui 7,76 milioni di Euro relativi a capitale sociale e 229,60 milioni di Euro relativi a riserve di patrimonio netto.

Gli indici di solvibilità, regime Solvency II, al 31/12/2016 sono pari a: 2,8245 che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su SCR (Requisito Patrimoniale di Solvibilità) e 9,5425 che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su MCR (Requisito Patrimoniale Minimo).

B. Informazioni sul contratto

La presente polizza può essere stipulata di durata annuale o poliennale con tacita proroga. Pertanto la scadenza contrattuale viene automaticamente prorogata di anno in anno, salvo disdetta. Per maggiori informazioni si rinvia all'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Indipendentemente dalla durata contrattuale, è facoltà del Contraente disdire il contratto ad ogni scadenza annuale mediante l'invio di una lettera raccomandata alla Società almeno 2 mesi prima della scadenza annuale. In assenza di tale comunicazione l'assicurazione è prorogata di un ulteriore anno e così successivamente.

3. Coperture assicurative offerte - limitazioni ed esclusioni

Sezione Malattia

La Società rimborsa le spese accertate e documentate a seguito di ricovero, intervento chirurgico anche senza ricovero, day hospital, day surgery, resi necessari da malattia o infortunio e parto. Per maggiori chiarimenti in merito all'oggetto dell'assicurazione di rinvia all'art. 19 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dare luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Per quanto riguarda i limiti di risarcimento, si richiama particolare attenzione all'art. 22 delle Condizioni di Assicurazione dove sono presenti dei sottolimiti per alcune prestazioni specificate.

Tutte le garanzie indicate e le eventuali garanzie accessorie presenti nel contratto sono prestate alle condizioni e con le modalità descritte nelle Condizioni di Assicurazione.

LIMITI DI RISARCIMENTO

La polizza prevede dei limiti di risarcimento per singolo ricovero/intervento chirurgico come specificato all'art. 22 delle Condizioni di Assicurazione.

RISCHI ESCLUSI

La polizza prevede alcuni rischi per i quali la copertura assicurativa non opera mai.

Per maggiori dettagli in merito all'elenco completo delle Esclusioni si rinvia all'art. 14 delle Condizioni di Assicurazione.

SOSPENSIONE

Le garanzie restano sospese in caso di mancato pagamento del premio come previsto dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

È facoltà del Contraente l'inserimento della franchigia prevista dalla condizione aggiuntiva art. 24.2 delle Condizioni di Assicurazione. In caso di franchigia, in occasione del sinistro, la polizza opererà nel seguente modo:

- *ammontare fatture presentate al rimborso = Euro 15.000,00;*
- *somma massima disponibile per l'intervento subito = Euro 18.000,00;*
- *importo effettivamente rimborsabile a termini di polizza = Euro 14.980,00;*
- *applicazione della franchigia fissa di Euro 2.500,00 = importo effettivamente rimborsato Euro 12.480,00.*

Sezione Assistenza

Verrà prestata assistenza all'Assicurato nei modi ed entro i limiti indicati agli artt. 29, 30, 31, 32 e 33 della Sezione Assistenza delle Condizioni di Assicurazione.

L'attivazione della Sezione Assistenza prevede le seguenti prestazioni:

1. Consulenza Medica telefonica
2. Invio di un medico generico a domicilio in Italia
3. Invio di un infermiere a domicilio
4. Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio
5. Consegna spesa a domicilio
6. Collaboratrice familiare
7. Trasporto in autoambulanza in Italia
8. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
9. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato
10. Rientro sanitario
11. Rientro con un familiare

12. Anticipo spese mediche
13. Viaggio di un familiare
14. Accompagnamento minori
15. Autista a disposizione
16. Prolungamento del soggiorno
17. Rientro salma
18. Interprete a disposizione
19. Assistenza Domiciliare Integrata
20. Medical Advice Program

Ulteriori particolari sono descritti all'art. 30 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

La copertura assicurativa relativa alla Sezione Assistenza non è operante per le persone affette dalle patologie dettagliatamente riportate nelle Condizioni di Assicurazione. Ulteriori dettagli sono descritti nell'art. 16 delle Condizioni di Assicurazione. Se tali patologie insorgono in corso di contratto l'assicurazione cessa.

L'art. 32 delle Condizioni di Assicurazione elenca situazioni per le quali la Sezione Assistenza non è operante.

Le garanzie restano sospese in caso di mancato pagamento del premio, come previsto dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

4. Periodi di carenza contrattuali

In caso di malattia le garanzie operano trascorsi i termini previsti dall'art. 15 delle Condizioni di Assicurazione, da computarsi a partire dalla data di pagamento del primo premio.

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

AVVERTENZA

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

AVVERTENZA

Le Condizioni di Assicurazione non prevedono cause di nullità diverse da quelle previste dalla Legge.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione

L'Assicurato è esonerato dal comunicare alla Società eventuali aggravamenti o diminuzioni del rischio; l'Assicurato non è inoltre obbligato a comunicare alla Società variazioni della professione.

7. Premi

Salvo il caso di contratto di durata inferiore a 1 anno, il premio di polizza ha cadenza annuale, tuttavia è possibile concordare il frazionamento semestrale, quadrimestrale o trimestrale del premio annuo applicando interessi di frazionamento **del 3% sul premio annuo**.

Per il pagamento del premio sono previsti i seguenti metodi di pagamento:

- bonifico bancario, versamento su conto corrente postale;
- assegno circolare;
- assegno bancario;
- eventuali carte di credito e POS se disponibili presso gli intermediari;
- contanti nel limite di Euro 750,00 annui per singolo contratto come previsto dall'art. 47, comma 3 del Regolamento IVASS n. 5.

AVVERTENZA

Il premio può prevedere i seguenti sconti:

sconto per numero di teste assicurate:

verrà applicato in funzione del numero di persone assicurate; lo sconto ammonta al 5% in caso di 2 persone assicurate; 10% in caso di 3 persone assicurate; 15% in caso di 4 o più persone assicurate.

sconto per franchigia:

se attivata la condizione aggiuntiva art. 24.2 delle Condizioni di Assicurazione, verrà applicata al contratto una franchigia fissa di Euro 2.500,00; tale condizione comporta una riduzione del premio base del 20%.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Ad ogni rinnovo annuale il premio e le somme assicurate sono soggette ad adeguamento in base all'indice ISTAT "servizi sanitari e spese per la salute". Per maggiori dettagli sull'indicizzazione si rinvia all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA

*Il Contraente può inviare disdetta mediante lettera raccomandata da inviare alla Società almeno 2 mesi prima della scadenza annuale.
La Società non può mai recedere.*

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Come disciplinato dall'art. 2952 del Codice Civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

11. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana.

12. Regime fiscale

Le imposte e gli oneri parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente vigenti:

- Malattia: 2,50%
- Assistenza: 10,0%.

Le imposte e gli oneri parafiscali relativi al premio corrisposto e non usufruito non potranno essere rimborsati.

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Sezione Malattia

AVVERTENZA

Per insorgenza del sinistro si intende il momento in cui si verifica l'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Al verificarsi di quanto sopra, l'Assicurato deve darne comunicazione entro 30 giorni a mezzo lettera raccomandata.

Per maggiori dettagli in merito alla procedura di liquidazione si rinvia agli artt. 25 e 26 delle Condizioni di Assicurazione.

Sezione Assistenza

AVVERTENZA

La gestione dei sinistri della Sezione Assistenza è stata affidata dalla Società a Europ Assistance Service SpA, Piazza Trento, 8 20135 Milano, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente. Ulteriori particolari sono descritti all'art. 33 delle Condizioni di Assicurazione.

14. Assistenza diretta - Convenzioni

AVVERTENZA

È facoltà dell'Assicurato di avvalersi di strutture convenzionate. In tal caso previo accordo tra le parti, la Società procede al pagamento diretto delle spese in convenzione.

Qualora l'Assicurato non voglia utilizzare la rete convenzionata, il contratto non prevede alcuna penalità.

Per i dettagli sulle modalità di attivazione del pagamento diretto delle spese si rimanda all'apposita sezione "Convenzionamento" delle Condizioni di Assicurazione.

Sul sito internet della Società (www.uniqagroup.it) è visibile l'elenco completo delle strutture convenzionate.

15. Reclami

Eventuali reclami nei confronti dell'Impresa, riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto a:

Ufficio Reclami UNIQA Assicurazioni SpA.

Via Carnia, 26 - 20132 Milano

Fax: 02/28189677 - e-mail: reclami@uniqagroup.it

I reclami devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'Impresa, dell'Intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

L'Impresa, ricevuto il reclamo, deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo all'indirizzo fornito dal reclamante.

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 n. 06.421.33.353/745, indirizzo PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa, utilizzando l'apposito modulo disponibile sul sito internet dell'Impresa www.uniqagroup.it oppure sul sito IVASS www.ivass.it.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

16. Arbitrato

Per la risoluzione di eventuali controversie è previsto l'arbitrato. Per maggiori dettagli in merito all'arbitrato si rinvia all'art. 27 delle Condizioni di Assicurazione.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è il comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

AVVERTENZA

In ogni caso è possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

UNIQA Assicurazioni SpA è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale
Michele Meneghetti



Glossario

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

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

Lettera d'impegno:	il documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e Struttura Medica Convenzionata in relazione al ricovero o all'intervento chirurgico e con riferimento alle Condizioni di Assicurazione; tale documento deve essere sottoscritto dall'Assicurato all'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata.
Malattia:	ogni alterazione obiettiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia improvvisa:	malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente stato morboso diagnosticato all'Assicurato.
Malattia oncologica:	ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia esclusivamente maligna; sono incluse le leucemie, il morbo di Hodgkin, sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Malattia preesistente:	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche, malformazioni o difetti fisici preesistenti o insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto.
Malattia terminale:	malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza che comporta per l'Assicurato la non autosufficienza, l'incapacità a mantenere una vita indipendente, od anche a svolgere le comuni attività quotidiane.
Malformazione - difetto fisico:	alterazione organica, congenita o acquisita, evidente o clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della polizza.
Parti:	il Contraente e la Società.
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Questionario anamnestico:	documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante del contratto.
Ricovero:	la degenza dell'Assicurato in Istituto di cura, conseguente ad infortunio e/o malattia, che comporti almeno un pernottamento.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Scoperto:	la parte di indennizzo espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.
Società:	UNIQA Assicurazioni SpA.
Strutture Mediche Convenzionate:	la struttura sanitaria costituita da istituti di cura, centri diagnostici, ambulatori medici e medici convenzionati, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.

Struttura Organizzativa: è la struttura di Europ Assistance Italia SpA, Piazza Trento 8, 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per conto di quest'ultima, al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione e all'erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza.

Tessera Sanitaria: documento personale che identifica l'Assicurato nel momento di accesso alle Strutture Mediche Convenzionate.

Visita specialistica: visita effettuata da medico-chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

b) Condizioni di Assicurazione

Le definizioni del Glossario formano parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1 - Altre assicurazioni

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

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

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di 1 anno ed è interamente dovuto dal Contraente, anche se sia stato concordato il frazionamento in più rate.

Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza. Trascorso tale termine la Società può recedere dal contratto (vedi art. 17 lettera b).

L'assicurazione riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

In caso di mancato pagamento del premio oltre 3 mesi dalla scadenza, i termini di aspettativa di cui all'art. 15 decorreranno nuovamente dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

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

Il premio è determinato dall'età dell'Assicurato al momento della stipulazione della polizza.

Il premio così determinato resta costante per tutta la durata del contratto di assicurazione, salvo quanto indicato all'art. 3 - Indicizzazione.

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

Art. 3 - Indicizzazione

Ad ogni scadenza annuale le somme assicurate e il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione al numero indice "servizi sanitari e spese per la salute" rappresentato dalla media dei numeri indice "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto con il minimo del 2,5%. L'indicizzazione si effettua per la prima volta nel secondo anno assicurativo ponendo a raffronto l'indice riportato nel frontespizio di polizza corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione con quello del mese di giugno successivo a quello riportato in polizza.

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

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

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

Non sono soggette ad indicizzazione le garanzie e il premio dell'assicurazione Assistenza e quello delle prestazioni previste all'art. 23.3 e all'art. 24.2.

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

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

- Familiari conviventi dell'Assicurato;
- Familiari non conviventi dell'Assicurato fino al 3° grado di parentela;

- Contraente e Assicurati nella medesima polizza (quando il Contraente non sia una persona fisica, la Società rinuncia al diritto di surrogazione anche nei confronti dei legali rappresentanti).

Art. 5 - Assicurazione per conto altrui

Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 6 - Proroga dell'assicurazione - Obbligo al rinnovo da parte della Società

La Società si obbliga a rinnovare l'assicurazione ad ogni scadenza contrattuale per tutto il periodo in cui resta in vita l'Assicurato ed alle condizioni di premio derivanti dall'applicazione dell'art. 3 - Indicizzazione delle Condizioni di Assicurazione, ferme restando le altre Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente, indipendentemente dalla durata del contratto, ha facoltà di recedere dall'assicurazione ad ogni scadenza annuale inviando disdetta mediante lettera raccomandata alla Società almeno 2 mesi prima della scadenza annuale.

In assenza di tale comunicazione l'assicurazione è prorogata per 1 anno e così successivamente.

In caso di mancato rinnovo dell'assicurazione non si applica quanto disposto all'art. 1901, comma 2, del Codice Civile.

Art. 7 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto nei confronti della Società dovranno essere fatte esclusivamente per iscritto, telefax o posta elettronica alla Direzione della Società.

Art. 9 - Foro competente

Nel caso in cui il Contraente sia Consumatore il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo in Italia del Contraente.

Nel caso in cui il Contraente non sia Consumatore il Foro competente è, a scelta della parte attrice, quello del luogo ove ha sede legale il Contraente o la Società.

Art. 10 - Oneri fiscali e parafiscali

Gli oneri fiscali e parafiscali, presenti e futuri, relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 11 - Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dal contratto non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Art. 12 - Legge applicabile e rinvio

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana, da ritenersi applicabile anche per tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Art. 13 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione della polizza, siano affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza, acquisita (AIDS).

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, si applica quanto disposto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

L'assicurazione può essere stipulata a favore di persone che, al momento della stipulazione della polizza, abbiano un'età superiore a 17 anni e inferiore a 66 anni, salvo patto speciale.

Per neonati la garanzia decorrerà immediatamente dal momento della nascita a condizione che siano assicurati i genitori e che la regolazione del contratto (comunicazione dei dati anagrafici alla Società, modifica del contratto e pagamento del relativo premio) avvenga entro 30 giorni dalla nascita.

L'assicurazione non comprende:

- a) le conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione della polizza e già note all'Assicurato anche se comunicate dallo stesso in qualsiasi forma all'atto dell'assunzione del rischio o venute a conoscenza della Società anche successivamente attraverso questionario anamnestico, cartelle cliniche, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'Assicurato prima della stipulazione della polizza. L'eventuale assicurazione di tali situazioni fisiche e/o stati patologici preesistenti può essere prestata solo mediante patto speciale che deve risultare esplicitamente in polizza. Anche in caso di passaggio a una tariffa superiore l'Assicurato non ha diritto alle maggiori prestazioni per malattie e/o infortuni e loro conseguenze manifestatesi nel corso della precedente tariffa, salvo patto speciale;*
- b) le malformazioni e anomalie congenite ad eccezione di quelle clinicamente non evidenti;*
- c) le malattie, infortuni, e loro conseguenze dovuti a: tentato suicidio, alcoolismo e tossicodipendenza, malattie/infermità mentali, sindromi organico cerebrali (di tipo psichiatrico), schizofrenia, disturbi paranoidi, forme maniaco depressive, ivi compresi i comportamenti nevrotici, risse, delitti, aggressioni o atti violenti anche a movente politico (salvo partecipazione involontaria), atti di guerra, terrorismo e sabotaggio, operazioni militari, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni o altre calamità naturali, malattie e infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.) salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- d) la sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);*
- e) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, allucinogeni, anfetamine e simili, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;*
- f) le conseguenze della pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti, anche se esercitati non professionalmente: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme e arti marziali, alpinismo con scalata di roccia od accesso ai ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, free-climbing, kayak, rafting, jumping, bob, rugby e football americano, immersione con autorespiratore, motocross, giri su pista, paracadutismo e sport aerei in genere (ivi compresi i voli con deltaplano, ultraleggeri e simili);*
- g) le conseguenze di infortuni derivanti dalla guida di veicoli o natanti se il conducente assicurato è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi con un tasso di alcolemia pari o superiore a 1,2 grammi/litro;*
- h) gli infortuni e loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a gare, relative prove ed allenamenti effettuate sotto l'egida della federazione sportiva di appartenenza, salvo che si tratti di gare podistiche, pesca non subacquea, gare di bocce, tiro con l'arco, tennis, golf, sci di fondo, pattinaggio; sono inoltre esclusi gli infortuni e le loro conseguenze derivanti da sport in ordine ai quali l'Assicurato percepisca una remunerazione, salvo patto speciale;*
- i) le prestazioni aventi finalità estetiche e le relative conseguenze (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni verificatisi in vigenza di polizza o da interventi demolitivi resi necessari da neoplasia maligna, esclusa, in ogni caso, la manutenzione delle protesi);*
- j) le cure dentarie di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, con o senza intervento chirurgico anche se effettuate in istituti di cura con ricovero, cure parodontali, e le relative conseguenze anche patologiche; la presente esclusione non si applica a quanto previsto all'art. 22 punto n);*
- k) le protesi in genere nonché acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici; la presente esclusione non si applica a quanto previsto all'art. 22 punto n);*
- l) i soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo, cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, ospedali militari, ospizi per le persone anziane, ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana. Sono inoltre esclusi i ricoveri per cure dimagranti e simili, per fitoterapia, ginnastica passiva, sauna, autoemoterapia, ozonoterapia, riflessoterapia;*
- m) la riabilitazione e fisioterapia; la presente esclusione non si applica a quanto previsto all'art. 22 punto i);*

- n) *gli aborti, salvo le cure per aborto terapeutico effettuate entro il territorio della Repubblica Italiana;*
- o) *le prestazioni finalizzate al trattamento della sterilità, impotenza, nonché tutte le procedure per la fecondazione assistita;*
- p) *i medicinali non iscritti alla farmacopea, come pure preparati non riconosciuti;*
- q) *gli onorari dei medici non autorizzati ad esercitare la professione;*
- r) *le malattie e/o infortuni intenzionalmente procurati;*
- s) *la correzione dei difetti di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, ecc.).*

Art. 15 - Termini di aspettativa - Carenze

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

- a) *del giorno di pagamento del premio per gli infortuni;*
- b) *del 30° giorno successivo a quello di pagamento del premio per le malattie di acuta insorgenza;*
- c) *del 100° giorno successivo a quello di pagamento del premio per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, non conosciute e/o non diagnosticate al momento del pagamento del premio;*
- d) *del 270° giorno successivo a quello di pagamento del premio per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, la garanzia decorre dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza del contratto, purchè dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo tale data.*

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

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

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

Per le malattie che si manifestino durante il periodo di aspettativa non è previsto alcun rimborso. Qualora la malattia dovesse manifestarsi nuovamente dopo il periodo di aspettativa l'Assicurato avrà diritto alla garanzia solo quando siano trascorsi 3 mesi fra la guarigione clinica della malattia e la ricaduta.

Art. 16 - Ambito territoriale e temporale dell'assicurazione

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

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

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

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

- a) *comportamenti del Contraente o dell'Assicurato atti a esagerare dolosamente l'entità del sinistro;*
- b) *mancato pagamento del premio entro il 30° giorno dalla scadenza come da art. 2 - Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione, secondo comma: se la Società intende avvalersi di tale facoltà deve darne comunicazione al Contraente mediante lettera raccomandata nella quale si precisa che, trascorsi ulteriori 14 giorni senza pagamento del premio, l'assicurazione cessa alle ore 24.00 del giorno di scadenza per il quale il premio non è stato pagato;*
- c) *cessazione del Contraente se questo non è persona fisica; se il Contraente è una persona fisica in caso di sua scomparsa. In tali casi la Società è obbligata a rinnovare il contratto con gli Assicurati della medesima polizza che ne facciano richiesta entro 60 giorni dalla scadenza annuale ed i premi saranno pari a quelli che sarebbero stati per loro dovuti se non ci fosse stata la cessazione/scomparsa del Contraente;*
- d) *mancata accettazione da parte del Contraente delle eventuali variazioni ai sensi dell'art. 18 - Revisione tecnica del premio.*

Art. 18 - Revisione tecnica del premio

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

La variazione verrà applicata alla totalità delle polizze stipulate con la Società denominate Salute & Senzatempo - Formula Rimborso Spese Mediche a Vita Intera con convenzionamento, in breve Tariffe SL.

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

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

Art. 19 - Cambio di residenza del Contraente e/o degli Assicurati all'estero

Qualora il Contraente e/o gli Assicurati dovessero trasferire la loro residenza all'estero l'assicurazione, per l'Assicurato che si è trasferito, cesserà di avere validità alla fine dell'anno assicurativo nel quale si è verificato il trasferimento. Nel caso di polizza individuale (Contraente = Assicurato) il contratto cesserà automaticamente al termine dell'annualità di premio. In tutti gli altri casi, il premio sarà aggiornato, alla scadenza annuale del contratto, in base agli assicurati rimasti in garanzia.

Art. 20 - Sanzioni internazionali

Le garanzie operano esclusivamente nella misura e per il periodo in cui non siano in contrasto con sanzioni economiche, commerciali o finanziarie e/o embarghi imposti dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite (ONU), dall'Unione Europea (UE), dagli Stati Uniti d'America (USA) o dallo Stato Italiano, direttamente applicabili al Contraente e/o alle persone assicurate.

Norme che regolano l'assicurazione "Rimborso Spese Mediche"

Art. 21 - Oggetto dell'Assicurazione

A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione e delle tariffe applicate la Società rimborsa le spese accertate e documentate a seguito di ricovero, intervento chirurgico anche senza ricovero, day hospital, day surgery, resi necessari da malattia, infortunio. Relativamente ai ricoveri per parto la garanzia opera **fino alla concorrenza degli importi indicati all'art. 22 punti e) ed f).**

Art. 22 - Prestazioni e Somme Assicurate

La somma assicurata della presente polizza è suddivisa in base alle prestazioni richieste:

- **Voce 1 "Spese Sanitarie"** = retta di degenza, visite mediche, accertamenti diagnostici: rimborso giornaliero per tutti i giorni di ricovero.
- **Voce 2 "Spese di intervento chirurgico"** = onorario del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, diritti di sala operatoria, materiali di intervento comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento ed inoltre il trapianto di organi sia quando l'Assicurato è donatore vivente sia quando è ricevente; in quest'ultimo caso sono anche comprese le spese per il prelievo e il trasporto di organi. **Il rimborso avviene secondo la natura dell'intervento chirurgico applicando la percentuale indicata nell'allegato 2 "Elenco delle Prestazioni Medico Chirurgiche" (qui allegato) al massimale per ricovero.**
- **Voce 3 "Massimale integrativo"** = per ogni ricovero ad integrazione della voce 1 "Spese Sanitarie" e della voce 2 "Spese di Intervento Chirurgico".

Nome della tariffa	SL50	SL62	SL74	SL86
Voce 1 = massimale per ogni giorno di ricovero di:	Le somme assicurate sono riportate nel "modello iniziale 00"			
Voce 2 = massimale per intervento chirurgico e per ricovero su cui applicare la percentuale indicata nell'"Elenco prestazioni medico chirurgiche". Fino alla concorrenza di				
Voce 3 = massimale integrativo unico per ricovero fino alla concorrenza di				

Nel caso in cui l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a Strutture Mediche Convenzionate, è previsto un aumento nella misura del 10% della somma assicurata prevista alla voce 2 "Spese da intervento chirurgico".

Secondo le seguenti modalità, sono inoltre comprese le spese relative a:

- a) **Colpa Grave** - le garanzie della presente polizza s'intendono operanti anche in caso di "Colpa Grave" dell'Assicurato.
- b) **Day Hospital** - rimborso delle spese relative alle visite ed accertamenti diagnostici che comportano una diagnosi **fino alla concorrenza di due volte la voce 1 "Spese sanitarie"**.
- c) **Day Surgery** - rimborso delle spese di intervento chirurgico ambulatoriale, retta di degenza, esami e visite relativi al medesimo intervento effettuati nei 30 giorni immediatamente precedenti e successivi all'intervento chirurgico, nonché degli accertamenti definiti all'interno del libretto "Elenco delle Prestazioni Medico Chirurgiche".
Il rimborso avviene applicando la percentuale indicata nell'"Elenco delle Prestazioni Medico Chirurgiche" al massimale per ricovero riportato alla voce 2 "Spese di intervento chirurgico".
- d) **Spese pre-post ricovero** - rimborso di visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 100 giorni precedenti e successivi ad un **ricovero con intervento chirurgico, purché queste prestazioni siano ad esso inerenti. Rimborso fino alla concorrenza di sei volte la voce 1 "Spese sanitarie"**.
- e) **Parto naturale o fisiologico** - rimborso **fino alla concorrenza di Euro 5.000,00**.
- f) **Parto Cesareo** - rimborso **fino alla concorrenza di Euro 7.500,00**.
- g) **Trasporto in Istituto di cura** - rimborso delle spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario/elisoccorso all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di ritorno alla propria abitazione **fino alla concorrenza di sei volte la voce 1 "Spese sanitarie"**.
- h) **Ricoveri per ictus cerebrale e infarto del miocardio** - a seguito di un ricovero, senza intervento chirurgico, indennizzabile a termini delle Condizioni di Assicurazione, viene messo a disposizione un ulteriore importo **pari al "Massimale integrativo" corrispondente alla voce della tariffa prescelta**.
- i) **Riabilitazione e Fisioterapia** - rimborso delle spese sostenute per cure riabilitative o trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati o durante il ricovero o nei 100 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di cura. Tali prestazioni sono riconosciute se effettuate successivamente ad un ricovero che ha comportato un intervento chirurgico e siano ad esso riconducibili. Esse dovranno essere prescritte dal medico curante e praticate da personale abilitato anche in ambito domiciliare **fino alla concorrenza annua di un importo pari a quindici volte la voce 1 "Spese sanitarie"**.
La presente prestazione rientra in garanzia anche se effettuata a seguito Day Surgery o sia ad esso riconducibile fino alla concorrenza del 50% del massimale previsto al precedente comma.
- j) **Indennità sostitutiva** - l'Assicurato in alternativa al rimborso delle spese previste alla voce 1, 2 e 3 o nel caso non abbia sostenuto alcuna spesa **può chiedere il pagamento di una indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero pari al 50% della voce 1**. Tale indennità viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital.
- k) **Malattie oncologiche** - rimborso delle visite specialistiche, accertamenti, cicli di radioterapia o similari (cobaltoterapia, Roentgen terapia) e di chemioterapia, intendendosi per tali non la singola applicazione, ma l'insieme delle applicazioni stabilite dai sanitari, effettuate ambulatorialmente, **fino alla concorrenza annua di un importo pari a dieci volte la voce 1 "Spese sanitarie"**.

- l) **Assistenza domiciliare per malattie terminali** - rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per assistenza domiciliare continuativa, medica od infermieristica, fornita da idonee strutture sanitarie, all'uopo costituite e la cui attività sia legalmente riconosciuta, **fino ad un massimo di Euro 240,00 al giorno per un massimo di 100 giorni per anno assicurativo.**
- m) **Assistenza infermieristica privata** - rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per assistenza infermieristica professionale privata sia durante il ricovero che nei 100 giorni successivi alla dimissione **fino alla concorrenza di Euro 4.000,00 per anno assicurativo.**
- n) **Cure dentarie a seguito d'infortunio** - a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza e **documentato da apposito verbale di Pronto Soccorso Pubblico**, la Società rimborsa le spese sostenute per eseguire cure dentarie direttamente conseguenti all'infortunio subito, comprese protesi dentarie purchè fisse e inamovibili, **fino alla concorrenza, per evento e per anno assicurativo, di un importo pari al "Massimale integrativo" corrispondente alla voce della tariffa prescelta.**
- o) **Ricoveri d'urgenza** - per ricoveri urgenti che dovessero verificarsi durante un soggiorno all'estero (con esclusione della Repubblica di San Marino, della Città del Vaticano) **la prestazione relativa alla voce 3 del massimale integrativo si intende triplicata.**
- p) **Supporto psicologico** - rimborso di sedute specialistiche in caso di diagnosi di: Sclerosi multipla, Neoplasia maligna, Ictus cerebrale, Morbo di Parkinson, Infarto miocardio acuto, Patologia coronarica che richieda intervento chirurgico, Paralisi a seguito di infortunio, **fino alla concorrenza annua di un importo pari a tre volte la voce 1 "Spese sanitarie".**
- q) **Prevenzione (garanzia non valida per i minori)** - rimborso delle spese per "Check-up" al fine di monitorare le proprie condizioni di salute. La garanzia sarà riconosciuta **a partire dal secondo anno e con cadenza biennale** e verranno rimborsati gli esami diagnostici riportati nella sotto indicata tabella. Questa prestazione è subordinata all'esecuzione di tutti gli esami previsti in un'unica seduta. Tuttavia saranno ammessi al rimborso anche le singole prestazioni intendendo per tali le singole prestazioni mediche e per gli esami di laboratorio l'esecuzione di tutti quelli indicati. In tal caso il rimborso avverrà previa detrazione di una franchigia assoluta di Euro 50,00.

Donna		Uomo	
Fino a 40 anni	Oltre i 40 anni	Fino a 40 anni	Oltre i 40 anni
<u>Prestazioni mediche</u> - Visita cardiologica - Elettrocardiogramma - Pap Test	<u>Prestazioni mediche</u> - Visita cardiologica - Elettrocardiogramma da sforzo - Pap Test - Mammografia Bilaterale	<u>Prestazioni mediche</u> - Visita cardiologica - Elettrocardiogramma	<u>Prestazioni mediche</u> - Visita cardiologica - Elettrocardiogramma da sforzo - Visita urologica
<u>Esami di Laboratorio</u> - Emocromo completo - Azotemia - Creatininemia, Glicemia - Bilirubina Frazionata - GOT, GPT - Sodio, Potassio, Cloro - LDH, VES, HDL - PT e PTT - Colesterolo Totale - Trigliceridi - Protidogramma Elettroforetico - Esame urine completo	<u>Esami di Laboratorio</u> - Emocromo completo - Azotemia - Creatininemia, Glicemia - Bilirubina Frazionata - GOT, GPT - Sodio, Potassio, Cloro - LDH, VES, HDL - PT e PTT - Colesterolo Totale - Trigliceridi - Protidogramma Elettroforetico - Esame urine completo - Ricerca sangue occulto nelle feci	<u>Esami di Laboratorio</u> - Emocromo completo - Azotemia - Creatininemia, Glicemia - Bilirubina Frazionata - GOT, GPT - Sodio, Potassio, Cloro - LDH, VES, HDL - PT e PTT - Colesterolo Totale - Trigliceridi - Protidogramma Elettroforetico - Esame urine completo	<u>Esami di Laboratorio</u> - Emocromo completo - Azotemia - Creatininemia, Glicemia - Bilirubina Frazionata - GOT, GPT - Sodio, Potassio, Cloro - LDH, VES, HDL - PT e PTT - Colesterolo Totale - Trigliceridi - Protidogramma Elettroforetico - Esame urine completo - Ricerca sangue occulto nelle feci - PSA
Massimale complessivo Euro 300,00	Massimale complessivo Euro 400,00	Massimale complessivo Euro 300,00	Massimale complessivo Euro 400,00

r) **Alta diagnostica**

In caso di malattia o infortunio non comportanti ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per effettuare gli esami successivamente definiti **fino alla concorrenza di Euro 2.500,00 per persona e per anno assicurativo**. Il rimborso verrà effettuato previa applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 50,00. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari dell'Assicurato.

- ESAMI RADIOGRAFICI CON MEZZO DI CONTRASTO
- SCINTIGRAFIA
- ECOCARDIOGRAFIA
- ECOGRAFIA INTRAVASCOLARE
- ECOGRAFIA TRANS-ESOFAGEA
- ECOGRAFIA ENDO-CAVITARIA
- ECO DOPPLER ED ECO-COLOR-DOPPLER
- ECOCONTRASTOGRAFIA
- TAC (Tomografia Assiale Computerizzata)
- RMN (Risonanza Magnetica Nucleare)
- PET (Tomografia ad emissione di positroni)
- SPET (Tomografia ad emissione di fotone singolo)
- FLUORANGIOGRAFIA OCULARE

CRITERIO ANALOGICO = Gli accertamenti diagnostici che richiedono tecnologie uguali o più complesse rispetto a quelle necessarie per gli esami e gli accertamenti elencati e che comportino onorari pari o superiori secondo quanto previsto dal D.P.R. 10/11/1965 n. 1763 e successive modifiche, sono compresi nell'assicurazione anche se non espressamente riportati in elenco.

Art. 23 - Prestazioni aggiuntive (operanti solo se richiamate in polizza)

23.1) Raddoppio prestazioni per "Grandi Interventi Chirurgici" - Tariffa GL

Nel caso di intervento chirurgico rientrante nell'elenco "Grandi Interventi Chirurgici" di cui all'allegato 1 del presente fascicolo e indennizzabile a termini della presente polizza, **alla tariffa prescelta si aggiunge un importo pari a quello previsto dalla tariffa base alla voce 2 "Spese per intervento chirurgico"; tale importo verrà sommato all'importo corrispondente secondo i termini di polizza per un normale ricovero con intervento chirurgico.**

La garanzia comprende anche il costo di apparecchi protesici e sanitari incluse carrozzelle ortopediche.

La prestazione prevista dall'art. 22 punto K) "Malattie oncologiche" delle Prestazioni aggiuntive **s'intende sostituita dal seguente paragrafo:**

"in caso di malattia oncologica, la Società rimborserà fino alla concorrenza di 20 volte la voce 1 "Spese Sanitarie" le spese documentate per:

- gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche e i relativi onorari medici, anche se non seguiti da ricovero, purché sia diagnosticata la malattia oncologica;
- le visite specialistiche e le terapie (radianti, chemioterapiche ed altro) rese necessarie dalla malattia oncologica effettuate entro 2 anni dalla cessazione del ricovero.

La Società rimborsa le predette spese per malattie oncologiche anche in caso di ricovero senza intervento chirurgico o qualora il ricovero sia originato da una malattia diversa dalla malattia oncologica; **in tal caso tale garanzia ha effetto dal giorno di accettazione del ricovero stesso."**

23.2) Prestazione Integrativa per "Interventi Chirurgici" - Tariffa OL

Nel caso di intervento chirurgico indennizzabile a termini della presente polizza, **alla voce 2 della tariffa prescelta si aggiunge l'importo corrispondente della tariffa OL prescelta. Il rimborso avverrà sommando la voce 2 della tariffa base all'integrazione prevista dal presente articolo, secondo la natura dell'intervento chirurgico, applicando la percentuale indicata nell'allegato 2 "Elenco prestazioni medico-chirurgiche" alla somma assicurata totale.**

Tariffe	OL/11	OL/22
Massimale integrativo per intervento chirurgico	Le somme assicurate sono riportate nel "modello iniziale 00"	

23.3) Prestazioni per Esami diagnostici e accertamenti - Tariffa EA

La presente garanzia deve intendersi **di durata annuale, pertanto non è operante il primo comma dell'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.**

Le garanzie della presente polizza sono estese al rimborso di accertamenti diagnostici, visite mediche domiciliari, ambulatoriali o in day hospital, nell'ambito delle somme assicurate previste dalla tariffa e con applicazione dello scoperto indicato in tabella.

Tale scoperto non si applica sui ticket relativi ad accertamenti diagnostici, qualora siano effettuati tramite assistenza diretta del Sistema Sanitario Nazionale.

EA03	EA04	EA05	EA08	EA10
300,00	400,00	500,00	800,00	1.000,00
<i>massimale annuo pro-capite non indicizzabile scoperto su ogni prestazione 20%</i>			<i>massimale annuo pro-capite non indicizzabile con scoperto su ogni prestazione 25% minimo Euro 40,00</i>	

Art. 24 - Condizioni aggiuntive (operanti sole se richiamate in polizza)

24.1) Retta per l'accompagnatore

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

24.2) Franchigia fissa su ogni sinistro

A seguito di ogni sinistro indennizzabile a termini di polizza, si prende atto che il rimborso delle spese avverrà *previa detrazione di una franchigia fissa di Euro 2.500,00 su ogni sinistro.* Tale franchigia non si applica:

- alla "Indennità sostitutiva" prevista all'art. 22 punto j);
- alla "Prevenzione" prevista all'art. 22 punto q);
- all'"Alta diagnostica" prevista all'art. 22 punto r);
- alla "Tariffa EA" prevista all'art. 23.3).

24.3) Persone assicurabili

A parziale deroga dell'art. 13, delle Condizioni di Assicurazione, la garanzia può essere estesa alla persona indicata indipendentemente dall'età. In caso di assicurato minore non trova applicazione il primo comma dell'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione. Tale comma rientra in vigore al raggiungimento della maggiore età *con il conseguente adeguamento del premio.*

24.4) Estensione discipline sportive

A parziale deroga dell'art. 14, punto h), delle Condizioni di Assicurazione, la garanzia viene estesa agli infortuni e le loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a gare e relative prove e allenamenti effettuate sotto l'egida della federazione sportiva di appartenenza della disciplina sportiva indicata.

24.5) Diaria giornaliera da ricovero

A seguito di un ricovero, indennizzabile a termini di Condizioni di Assicurazione, *con intervento chirurgico catalogato tra il 4° e il 5° gruppo dell'Elenco delle Prestazioni Medico-Chirurgiche*, verrà riconosciuta una indennità giornaliera pari al 25% della voce 1 delle prestazioni base da ricovero per un numero di giorni pari a quelli di ricovero ma con un massimo di giorni 15.

Norme operanti in caso di sinistro

Art. 25 - Cosa fare in caso di sinistro

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

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

In ogni caso l'Assicurato, in caso di sinistro con o senza ricovero, deve darne comunicazione alla Società entro e non oltre 30 giorni dallo stesso.

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

Art. 26 - Rimborso di parcelle e notule mediche pagate direttamente dall'Assicurato

La Società procederà al rimborso a *condizione che vengano consegnati, entro 2 anni dalla fine della cura o dalla fine della degenza, gli originali* delle parcelle, delle notule e dei documenti sui quali siano indicati nome, cognome e domicilio della persona che si è sottoposta alle cure e che risultino pagati e quietanzati.

Le spese in valuta estera verranno calcolate in Euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.

Tutta la documentazione fornita durante la gestione del sinistro resta acquisita dalla Società salvo le fatture, notule e ricevute in originale che verranno restituite all'Assicurato dietro richiesta.

Art. 27 - Controversie - Arbitrato irrituale

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

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

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 28 - Cessione e concessione in pegno a terzi - Rimborso da terzi

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

Convenzionamento

Aumento somma assicurata - Pagamento diretto - Modalità di accesso

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

1. aumento della somma assicurata prevista all'art. 22 - Prestazioni e somme assicurate;
2. pagamento diretto da parte della Società delle spese convenzionate.

1) Aumento della voce 2 "Spese di intervento chirurgico" previste all'art. 22 - Prestazioni e somme assicurate

Nell'ambito delle Strutture Mediche Convenzionate, la Società garantisce all'Assicurato un aumento della somma assicurata prevista alla voce 2 "Spese da intervento chirurgico" nella misura del 10%.

Per quanto sopra ed in base alla tariffa indicata nel contratto l'Assicurato avrà a disposizione la seguente somma assicurata per:

- onorario del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, diritti di sala operatoria, materiali di intervento comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento ed inoltre il trapianto di organi, sia quando l'Assicurato è donatore vivente sia quando è ricevente; in quest'ultimo caso sono anche comprese le spese per il prelievo e il trasporto di organi.

Il rimborso avviene secondo la natura dell'intervento chirurgico applicando la percentuale indicata nell'“Elenco delle Prestazioni Medico Chirurgiche” riportato nell'allegato 2 all'interno del presente fascicolo.

2) Pagamento diretto delle spese convenzionate

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

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

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

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

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

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

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

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

3) Alta diagnostica

È facoltà dell'Assicurato usufruire dei servizi legati al convenzionamento anche per l'effettuazione di accertamenti di alta diagnostica, rivolgendosi alla Centrale Operativa Medica.

Servizi di Telemedicina

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

1) CARTELLA MEDICA PERSONALE E CARD SALVAVITA

1.a Cartella Medica Personale

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

1.b Card Salvavita

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

Modalità di attivazione del servizio:

L'Assicurato riceve dalla Società, insieme alla polizza, la card Salvavita riportante il codice identificativo personale. Tale codice, mediante l'accesso al sito www.uniqagroup.it, consentirà all'Assicurato, seguendo le istruzioni riportate sul sito medesimo, di attivare la propria Cartella Medica Personale, nella quale potrà inserire la propria storia sanitaria e gli esiti degli esami clinici effettuati.

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

2) TELECONSULTO POST INTERVENTO/RICOVERO - "Visual Medicare"

A seguito di ricovero ospedaliero per malattia e/o infortunio che abbiano comportato intervento chirurgico classificato dal IV al V gruppo all'interno dell'"Elenco prestazioni medico chirurgiche" riportato nell'Allegato 2 al presente fascicolo, l'Assicurato potrà richiedere l'attivazione dei servizi di "teleconsulto" e di "telemonitoraggio" attraverso la comunicazione audiovisiva con il Centro Medico di Medic4All ed attraverso l'utilizzo del kit "VISUALMEDICARE" per il rilevamento dei seguenti parametri:

- Pressione arteriosa;
- Frequenza cardiaca;
- Frequenza respiratoria;
- ECG.

Modalità di attivazione del servizio:

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

3) SERVIZI DI PROTEZIONE IN VIAGGIO

3.a Tele-farmacologia con sms medicale

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

Modalità di erogazione

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

3.b Tele-prescrizione medica multilingue

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

Modalità di erogazione

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

3.c Medic Eye

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

Modalità di erogazione

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

Norme che regolano l'assicurazione “Assistenza”

Art. 29 - Oggetto della garanzia “Assistenza”

La Società, alle condizioni ed entro i limiti di seguito riportati, si obbliga a prestare all'Assicurato che, a seguito di infortunio o malattia improvvisa ne abbia necessità, le prestazioni sotto descritte.

Per poter usufruire delle prestazioni di Assistenza, l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa, come indicato all'art. 33 - Modalità per la richiesta di “Assistenza”.

Art. 30 - Prestazioni di “Assistenza”

Art. 30.1 - Consulenza medica telefonica

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

Art. 30.2 - Invio di un medico generico a domicilio in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di un medico dalle ore 20.00 alle ore 8.00 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato, o nel luogo in cui questi si trova, purché sempre in Italia, a spese della Società uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento mediante autoambulanza dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino.

Art. 30.3 - Invio di un infermiere a domicilio

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

Art. 30.4 - Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

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

Art. 30.5 - Consegna spesa a domicilio

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

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

Art. 30.6 - Collaboratrice familiare

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

Art. 30.7 - Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di essere trasportato dall'Istituto di cura presso il quale è stato ricoverato alla propria residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente un'autoambulanza, tenendo la Società a proprio carico la relativa spesa.

Art. 30.8 - Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

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

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

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

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

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

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

Art. 30.9 - Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui all'art. 30.8 che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

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

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

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

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

Le prestazioni di cui agli artt. da 30.10 a 30.18 che seguono sono fornite esclusivamente a seguito di sinistri verificatisi ad oltre 50 km dal Comune di residenza dell'Assicurato.

Art. 30.10 - Rientro sanitario

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

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

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

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

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

Art. 30.11 - Rientro con un familiare

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'Assicurato, in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario" di cui all'art. 30.10 che precede, ed i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa organizzerà anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo.

Art. 30.12 - Anticipo spese mediche

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

La prestazione non è operante:

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

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

Art. 30.13 - Viaggio di un familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 7 giorni, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

Art. 30.14 - Accompagnamento di minori

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

Art. 30.15 - Autista a disposizione

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

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

Art. 30.16 - Prolungamento del soggiorno

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa comprovato da certificazione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro alla propria residenza in Italia alla data stabilita, la Struttura Organizzativa, ricevuta la sua comunicazione,

organizzerà il prolungamento del suo soggiorno in albergo (*limitatamente al pernottamento e alla prima colazione*), tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di 10 giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di Euro 60,00 al giorno.

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

Art. 30.17 - Rientro salma

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

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

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

Art. 30.18 - Interprete a disposizione

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

Art. 30.19 - Assistenza domiciliare integrata

1. Ospedalizzazione domiciliare

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

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

I costi sono a carico della Società.

2. Servizi Sanitari

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

3. Servizi non Sanitari

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

Art. 30.20 - Medical Advice Program

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

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, per i quali sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico, desideri richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, verrà, attraverso gli operatori della Struttura Organizzativa, messo in contatto con la Centrale di Telemedicina che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche

specialistiche di cui necessita, nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri di eccellenza facenti parte del Network Salute.

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

1. Consulenza medica di secondo livello

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

2. Attivazione della rete nazionale di Centri di eccellenza

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

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

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

3. Attivazione del secondo parere internazionale

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

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

Art. 31 - Norme che regolano l'erogazione delle prestazioni "Assistenza"

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

Art. 32 - Esclusioni

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

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

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

Art. 33 - Modalità per la richiesta di "Assistenza"

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

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

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

Per telegramma indirizzato a
Europ Assistance Service S.p.A.
Piazza Trento, 8
20135 - Milano

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

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

Nella richiesta, l'Assicurato dovrà sempre comunicare:

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

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

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Allegato I - Elenco Grandi Interventi Chirurgici

CRANIO

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

FACCIA E BOCCA

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

COLLO

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

TORACE

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

TUBERCOLOSI POLMONARE

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

CHIRURGIA CARDIACA

- Pericardiectomia parziale e totale.
- Interventi per corpi estranei nel cuore.
- Commisurotomia.
- Interventi sul cuore in circolazione extra corporea e ipotermia (oltre l'intervento casuale).
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Valvuloplastica della mitrale o dell'aorta.
- Sostituzione valvolare (escluso protesi).

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

ESOFAGO

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

ERNIE

- Intervento per ernie diaframmatiche.

PERITONEO

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

STOMACO E DUODENO

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

INTESTINO

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

RETTO-ANO

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

FEGATO E VIE BILIARI

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

PANCREAS E MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas enucleazione delle cisti, marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi del pancreas della testa, della coda, totale.

- Splenectomia.
- Anastomosi portacava, spleno-renale.
- Anastomosi mesenterica-cava.

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

a) Neurochirurgia

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

b) Simpatico e vago

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

c) Nervi

- Anastomosi spino-facciale e simili.

VASI

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

PEDIATRIA

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

ORTOPEDIA

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

UROLOGIA

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

- Nefroureterectomia totale.
- Trapianto renale.
- Resezione renale.

APPARATO GENITALE MASCHILE

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

GINECOLOGIA-OSTETRICIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

LARINGE

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

RIENTRANO NEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Trapianto ed espianto di organi.

Allegato 2 - Elenco Prestazioni Medico Chirurgiche

Metodologia di riferimento per la determinazione del limite di indennizzo come da voce "2" - Spese per intervento chirurgico delle prestazioni:

Gruppo di Intervento	Percentuale sul Capitale Assicurato
1	10%
2	25%
3	35%
4	70%
5	100%

In caso di interventi chirurgici multipli contemporanei verrà rimborsata a tariffa piena l'operazione con la percentuale maggiore. Ogni ulteriore intervento in campi operatori diversi verrà rimborsato con il massimo del 50% del rimborso tariffario. Se effettuato invece nello stesso campo operatorio verrà rimborsato con il massimo del 25% del rimborso tariffario.

GRUPPO 01 - RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

001	Dacriocistostenting	2
002	Angiografia diagnostica dei vasi cerebro afferenti	3
003	Trattamento endovascolare delle stenosi vasi epiaortici (carotide vertebrale) con o senza posizionamento di endoprotesi	3
004	Trattamento endovascolare delle stenosi vasi endocranici con o senza posizionamento di endoprotesi	5
005	Trattamento endovascolare delle dissezioni vasi cerebro afferenti con o senza endoprotesi	3
006	Occlusione aneurismi cerebrali	5
007	Trattamento malformazioni arterovenose cerebrali e spinali	5
008	Trattamento fistole intracraniche cerebrali e spinali	5
009	Embolizzazione preoperatoria di neoplasie intra od extracraniche per devascularizz.	3
010	Fibrinolisi endoarteriosa in corso di stroke acuto cerebrale	4
011	Trattamento endovascolare delle stenosi ateromasiche con o senza posizionamento endoprotesi	2
012	Trattamento di malformazioni vascolari	3
014	Trattamento endovascolare di aneurismi aortici	3
015	Posizionamento di filtri cavali	3
016	Drenaggi biliari percutanei	3
017	Drenaggi percutanei di raccolte ascessuali eco e/o T. C. guidati	2
018	Biopsie eco e/o T. C. guidate	2
021	Posizionamento aghi radioattivi intracavitari	1

GRUPPO 02 - CHIRURGIA

CHIRURGIA GENERALE

001	Detersione, sutura e medicazione di ferita, con rimozione di punti di sutura	1
002	Incisione e drenaggio di ascesso dei tessuti sottocutanei e sottomucosi	1
003	Incisione e drenaggio di ematoma dei tessuti molli	1
004	Asportazione di neoformazione benigna di cute e dei tessuti molli	1
005	Asportazione di neoplasia maligna della cute	2
006	Asportazione di cisti pilonidale	1
007	Trapianto di cute	1
008	Plastica con lembi cutanei	1
009	Asportazione di corpo estraneo ritenuto nei tessuti molli	1
010	Onicoexeresi con o senza conservazione della matrice ungueale	1
011	Plastica per ernia inguinale, crurale, ombelicale o epigastrica	2
012	Ricostruzione della parete intestinale per laparocele	2

013	Plastica per ernia strozzata con resezione intestinale	3
014	Plastica per ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare)	2
015	Laparotomia e laparoscopia esplorativa e diagnostica	2
016	Posizionamento di dispositivi sottocutanei per chemioterapia	1
017	Biopsia linfonodale	1
018	Interventi di linfadenectomia isolati	2
019	Linfadenectomia cervico-mediastinica	

CHIRURGIA DELL'ESOFAGO

020	Trattamento di rottura esofagea per sutura diretta	3
021	Rimozione chirurgica di corpo estraneo ritenuto	2
022	Trattamento chirurgico di varici esofagee	4
023	Trattamento endoscopico di varici esofagee	2
024	Dilat. endoscopica di stenosi esofagea con/senza posizionamento di stent	2
025	Asportazione endoscopica di neoplasia esofagea	2
026	Esofagectomia e ricostr. con tubulizzazione gastrica o con interposizione	5
027	by-pass esofago-gastrici per neoplasie non resecabili dell'esofago	4
028	Esofagomiotomia e plastica antireflusso per acalasia e disturbi dell'esofago	3
029	Miotomia cricofaringea e resezi. diverticolare o diverticolopessi faringoesofageo	3
030	Diverticolectomia parabrachiale	3
031	Esofagomiotomia e diverticolectomia per diverticolo epifrenico	3
032	chirurgica malattia da reflusso gastroesofageo con plastica antireflusso	2
033	Diversione esofagea	2

CHIRURGIA DELLO STOMACO

034	Resezione gastrica per lesioni ulcerative o neoplastiche	3
035	Vagotomia	3
036	Piloroplastica	3
037	Gastroenterostomia	3
038	Sutura diretta gastrica per perforazione di origine ulcerativa o traumatica	3
039	Gastrectomia semplice o allargata	3
040	Gastrostomia chirurgica	2
041	Gastroscoopia con prelievo biptico	2
042	Rimozione endoscopica di corpi estranei	2
043	Rimozione endoscopica di neoplasie benigne gastriche o duodenali	2
044	Emostasi endoscopica di lesione ilcerativa emorragica	2
045	Reinterventi sullo stomaco	3
046	Gastroscoopia	1

CHIRURGIA DEL DUODENO

047	Duodenotomia e duodenorrafia	3
048	Asportazione di diverticoli duodenali	3
049	Terapia chirurgica della stenosi duodenale da compasso aorto mesenterico	3
050	Terapia chirurgica della fistola aorto-duodenale	5

CHIRURGIA DEL DIGIUNO ED ILEO

051	Enterotomia, enterorrafia, enteroplastica	3
052	Ileostomia	2
053	Resezione ileale con entero-entero anastomosi	3
054	Resezione del diverticolo di Meckel	3
055	Lisi aderenze, correz. invaginaz. intest., sbrigliamento, volvolo, ernie intere	3
056	Chiusura di fistola del tenue	3
057	Interventi di by-pass ileale	3
058	Appendicectomia	2
059	Emicolectomia destra per tumori dell'appendice	3
060	Resezione parziale del tenue e interventi di by-pass per morbo di Crohn	3

CHIRURGIA DI COLON, SIGMA E RETTO

061	Colonscopia/Rettoscopia	1
062	Colonscopia/Rettoscopia con Biopsia	1
063	Colotomia, Colorrafia, Colostomia	2
064	Chiusura di colostomia per via intra o extraperitoneale	2
065	Resezione segmentarie del colon	3
066	Derivazioni interne, anastomosi ileocoliche e colocoliche	3
067	Intervento di Hartmann	3
068	Interv. esteriorizzazione colica con resezi. segmentaria secondo Mikulicz	3
069	Emicolectomia sinistra	3
070	Resezione del colon trasverso	3
071	Colectomia sub-totale	3
072	Colectomia o rettocolectomia con anastomosi ileo rettale o ileo anale	3
073	Resezione colica in più tempi	3
074	Derotazione chirurgica del sigma per volvolo	3
075	Miotomia del sigma	3
076	Resez. retto colica anteriore, exeresi del retto con conserv. degli sfinteri	4
077	Amputazione del retto per via addomino perineale secondo Miles	4
078	Proctocolectomia con ileostomia terminale	4
079	Asportazione endoscopica di polipi colo-rettali	1

CHIRURGIA DELL'ANO

080	Emorroidectomia secondo Milligan e Morgan	1
081	Riduzione di prolasso emorroidario con suturatrice meccanica secondo Longo	2
082	Escissione di ragade anale con o senza sfinterotomia	1
083	Incisione e drenaggio di ascessi perianali	1
084	Fistolectomia perianale	1
085	Interventi di rettopessi per prolasso del retto	2

CHIRURGIA DELLA COLECISTI, VIE BILIARI E PANCREAS

086	ERCP compreso papillo sfinterotomia ed estrazione di calcoli coledociti	3
087	Posizionamento endoscopico di endoprotesi transpapillare nelle vie biliari	2
088	Colecistectomia	3
089	Esplorazione delle vie biliari e colangiolitomia	3
090	Reinterventi sulle vie biliari	3
091	Anastomosi bilio-digestive	3
092	Colecistectomie allargate con/senza resezi. epatica per ca della colecisti	4
093	Derivazioni biliari palliative	3
094	Resez. vie biliari e anastomosi biliodigestive per ca della biforc. epatica	4
095	Interventi di sutura e drenaggio per lesioni traumatiche del pancreas	3
096	Resezione della coda del pancreas	3
097	Resezione parziale di testa e corpo del pancreas	5
098	Drenaggio interno di pseudocisti pancreatiche	3
099	Pancreatico digiunostomia	3
100	Duodenocefalopancreasectomia secondo Whipple	5
101	Necrosiectomia pancreatica e drenaggio peritoneale	3
102	Pancreasectomia totale	5
103	Drenaggio percutaneo o chirurgico di ascessi sub-frenici o sub-epatici	1

CHIRURGIA DEL FEGATO

104	Drenaggio chirurgico o percutaneo di ascessi del parenchima epatico	1
105	Sutura e drenaggio per lesioni traumatiche del fegato	3
106	Resezioni epatiche maggiori	4
107	Epatectomie segmentarie	4
108	Trapianto di fegato	5
109	Asportazione di cisti di echinococco	3
110	Metastatectomie epatiche	3
111	Trattamento chirurgico della ipertensione portale	5
112	Incannulamento della arteria epatica per chemioterapia loco regionale	2

CHIRURGIA DELLA MILZA

113	Sutura e drenaggio peritoneale per lesioni traumatiche della milza	3
114	Splenectomia	3
115	Splenectomia post-traumatica	3

CHIRURGIA DELL'APPARATO ENDOCRINO

116	Emitiroidectomia o tiroidectomia sub-totale per gozzo semplice e neoplasia	2
117	Enucleazione di cisti o adenoma tiroideo	2
118	Tiroidectomia totale per tumore della tiroide	4
119	Interventi sulle paratiroidi mono e/o bilaterale	3

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

120	Biopsia chirurgica di lesione nodulare del parenchima mammario	1
121	Asportazione di fibroadenoma mammario	1
122	Escissione nodulare benigna	1
123	Quadrantectomia e dissezione dei linfonodi ascellari	2
124	Mastectomia semplice	1
125	Mastectomia rad. o allargata con plastica o protesizzazione ricostruttiva	3

CHIRURGIA DEL TIMO

126	Intervento di asportazione del timo	3
-----	-------------------------------------	---

GRUPPO 03 - CARDIOCHIRURGIA

VALVOLE, SETTI E STRUTTURE ADIACENTI

001	Valvuloplastica a cielo chiuso della valvola aortica	3
002	Valvuloplastica a cielo chiuso della valvola mitrale	3
003	Valvuloplastica a cielo chiuso della valvola polmonare	3
004	Valvuloplastica a cielo chiuso della valvola tricuspide	3
005	Valvuloplastica a cielo aperto della valvola aortica	4
006	Valvuloplastica a cielo aperto della valvola mitrale	4
007	Valvuloplastica a cielo aperto della valvola polmonare	4
008	Valvuloplastica a cielo aperto della valvola tricuspide	4
009	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	5
010	Sostituzione della valvola aortica con protesi meccanica	5
011	Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi	5
012	Sostituzione della valvola mitrale con protesi meccanica	5
013	Sostituzione della valvola polmonare con bioprotesi	5
014	Sostituzione della valvola polmonare con protesi meccanica	5
015	Sostituzione della valvola tricuspide con bioprotesi	5
016	Sostituzione della valvola tricuspide con protesi meccanica	5
017	Creazione di difetto settale	4
018	Riparazione di difetto interatriale con protesi	4
019	Riparazione di difetto interatriale con sutura diretta	4
020	Riparazione di difetto interventricolare con protesi	4
021	Riparazione di difetto interventricolare con sutura diretta	4
022	Interventi sul muscolo papillare	4
023	Interventi sulle corde tendinee	4
024	Anuloplastica	4
025	Infudibulectomia	4

CHIRURGIA DEI VASI DEL CUORE

026	Angioplastica dell'arteria coronarica a torace aperto	3
027	Bypass aorto-coronarico di una arteria coronarica in vena	5
028	Bypass aorto-coronarico di due arterie coronariche in vena	5
029	Bypass aorto-coronarico di tre arterie coronariche in vena	5
030	Bypass aorto-coronarico di quattro arterie coronariche in vena	5
031	Bypass singolo in arteria mammaria interna	5
032	Bypass doppio in arteria mammaria interna	5
033	Riparazione di aneurismi dei vasi coronarici	5

CHIRURGIA DEL CUORE E PERICARDIO

034	Drenaggio pericardico per via percutanea	2
035	Drenaggio pericardico per via sotto-xifoidea	2
036	Cardiotomia	1
037	Pericardiotomia	3
038	Cateterismo del cuore destro	2
039	Cateterismo del cuore sinistro	2
040	Cateterismo del cuore destro e sinistro	3
041	Biopsia cardiaca	2
042	Biopsia pericardica	3
043	Mappatura cardiaca	3
044	Pericardiectomia	3
045	Rimozione di masse cardiache endocavitarie	4
046	Resezione di aneurisma cardiaco	4
047	Riparazione del cuore	4
048	Riparazione del pericardio	4
049	Trapianto cardiaco	5
050	Impianto di pallone di contropulsazione	3
051	Impianto di sistemi di circolazione assistita esterno	4
052	Impianto di sistemi di circolazione assistita impiantabile	5
053	Posizionamento o rimozione di elettrodo epicardico	3
054	Inserzione di pace-maker temporaneo	3
055	Sostituzione o revisione di pace maker cardiaco	3

GRUPPO 04 - CHIRURGIA DEL TORACE

CHIRURGIA DI POLMONI E BRONCHI

001	Asportazione del polmone e dei bronchi	4
002	Asportazione di lesione o tessuto bronchiale	4
003	Asportazione di lesione o tessuto bronchiale per via endoscopica	2
004	Asportazione di lesione o tessuto polmonare	4
005	Asportazione di lesione o tessuto polmonare per via endoscopica	2
006	Plicatura di bolle enfisematose	2
007	Resezione segmentale del polmone	4
008	Lobectomia	5
009	Pneumectomia completa	4
010	Resezione radicale di strutture toraciche	4
011	Broncoscopia	1
011	Biopsia bronchiale	2
013	Agobiopsia polmonare	2
014	Biopsia polmonare	2
015	Collassamento chirurgico del polmone	3
016	Riparazione di lacerazione bronchiale	4
017	Chiusura di fistola bronchiale	4
018	Riparazione di lacerazioni polmonari	3
019	Trapianto unilaterale del polmone	5
020	Trapianto bilaterale del polmone	5

CHIRURGIA DELLA PLEURA

021	Biopsia della pleura	2
022	Pleurectomia	4
023	Creazione di finestra pleuro-pericardica	2
024	Pleurosclerosi	2
025	Asportazione di lesione pleurica	3
026	Toracentesi	1
027	Messa in loco di drenaggio (PNX, emotorace)	1

CHIRURGIA DELLA PARETE TORACICA

028	Incisione della parete toracica	1
029	Biopsia della parete toracica	2
030	Asportazione di lesione della parete toracica	3
031	Riparazione della parete toracica	3
032	Riparazione di pectus excavatum lo carenatum	4
033	Riparazione di pectus carenatum	2

CHIRURGIA DEL MEDIASTINO

034	Biopsia del mediastino a cielo chiuso	2
035	Biopsia del mediastino a cielo aperto	2
036	Mediastinoscopia	2
037	Asportazione di lesione o tessuto mediastinico	3

CHIRURGIA DEL DIAFRAMMA

038	Biopsia del diaframma	2
039	Asportazione di lesione o tessuto diaframmatici	3
040	Riparazione di lacerazione del diaframma	3
041	Chiusura di fistola diaframmatica	4

GRUPPO 05 - ORTOPEDIA

ORTOPEDIA

001	Biopsia ossea	1
002	Artrodesi di piccoli e grandi segmenti ossei	1
003	Cisti sinoviale tendinea	1
004	Neurinoma di Morton o neurinoma della mano	1
005	Osteotomia di ossa lunghe	1
006	Trapianto osseo	2
007	Innesto osseo	1
008	Resezione sottocutanea di tendini e muscoli	1
009	Operazione radicale sulla vaginale tendinea (per tubercolosi)	1
010	Sutura di tendini, muscoli o fasce	1
011	Trapianto tendineo o muscolare	1
012	Trapianto di più tendini o muscoli in corrispondenza di un'estremità	2
013	Allungamento di tendini, fasce o muscoli o escissione plastica	1
014	Accorciamento tendineo, tenoraffia	1
015	Exeresi chirurgica di un corpo estraneo prof. da tessuti molli o dalle ossa	1
016	Osteotomia di piccole ossa	1
017	Inchiodamento e/o cerchiaggio di ossa piccole	1
018	Inchiodamento e/o cerchiaggio di ossa lunghe	1
019	Resez. di un osso lungo (anche con l'articolazione) con trapianto di osso	3
020	Allungamento chirurgico di arti o segmenti di arti	3
021	Resezione muscolare per sarcoma arti	2
022	Asportazione di borsa mucosa	1
023	Estrazione di chiodi e/o fili metallici da osso tubolare piccolo e/o lungo	1
024	Intervento per pseudo artrosi	3
025	Applicazione di F.E. assiali o circolari per frattura o pseudo-artrosi	2
026	Applicazione chiodo endomidollare ossa lunghe di arti superiori e inferiori	2
027	Intervento per miglioramento di un moncone alle estremità	1
028	Apertura di un'articolazione purulenta	1
029	Amputazione dita	1
030	Amputazione di arto	2
031	Artroscopia diagnostica	1

CHIRURGIA ARTO SUPERIORE

032	Intervento per stenosi della vaginale tendinea con biopsia (dito a scatto o De Quervain)	1
033	Operazione radicale per contrattura di Dupuytren	2
034	Intervento per tunnel carpale	1
035	Operazione a carico delle articolazioni delle dita della mano	1
036	Ricostruzione della capsula articolare delle dita	1
037	Operazione per ganglioma (igroma) dell'articolazione della mano	1
038	Riduzione incruenta di fratture di ossa della mano (falangi, metacarpo)	1
039	Riduzione cruenta di fratture di ossa della mano (falangi, metacarpo)	1
040	Disarticolazione della mano	2
041	Disarticolazione di un dito della mano	1
042	Adatt. del moncone dell'avambraccio per applicazione di una protesi prensile	2
043	Ricostruzione della capsula articolare della spalla	2
044	Operazione per lussazione abituale della spalla	2
045	Operazione per acromion plastica e rottura cuffia rotatori	2
046	Riduzione incruenta di frattura di radio, ulna, omero, clavicola	1
047	Riduzione cruenta di frattura di radio, ulna, omero, clavicola	2
048	Riposizione della luss. di articolaz. delle dita, mano, spalla, clavicola	1
049	Disarticolazione di radio e ulna	2
050	Disarticolazione omero	3
051	Disarticolazione del cingolo scapolare	3
052	Avvitamento di olecrano arto superiore	1
053	Ricostruzione della capsula articolare del gomito e della spalla	2
054	Reimpianto arto superiore	4
055	Reimpianto segmento arto superiore	4

CHIRURGIA DEL RACHIDE

056	Vertebrotomia	4
057	Trattamento chirurgico di un ernia del disco (lombare e cervicale)	3
058	Intervento chirurgico per scoliosi	4
059	Riposizionamento incruento di un'articolazione vertebrale lussata	1
060	Riposizionamento cruento di un'articolazione vertebrale lussata	3
061	Riduzione incruenta di vertebre fratturate	2
062	Riduzione cruenta di vertebre fratturate	3
063	Trattamento di fratt. di V. cervicale con bendaggio di trazione o morsetti	1
064	Resezione muscolare per sarcomi del rachide	3
065	Resezione muscolare per sarcomi paravertebrali	2

CHIRURGIA DELL'ARTO INFERIORE

066	Resezione aperta di tendini o muscoli con correzione del dito a martello	1
067	Operazione per malformazione del piede	2
068	Ricostruzione dell'articolazione della caviglia	2
069	Operazioni a carico dell'articolazione del ginocchio o meniscectomia	2
070	Operazione per lussazione del ginocchio	3
071	Riduzione e cerchiaggio di rotula fratturata	1
072	Artroprotesi di ginocchio totale	3
073	Artroprotesi di ginocchio monocompartale	2
074	Frattura acetabolo	3
075	Ricostruzione dell'anca (artroprotesi)	3
076	Plastica del collo del femore	3
077	Inchiodamento endomidollare del collo del femore	2
078	Inchiodamento endomidollare della diafisi femorale	2
079	Disarticolazione del femore	3
080	Riposizionamento e bendaggio di lussazione dell'articolazione dell'anca	1
081	Operazione sull'art. dell'anca o plastica dei legamenti del ginocchio	3
082	Asportazione di esostosi per alluce valgo	1
083	Resezione dell'osso iliaco	2
084	Osteotomia di bacino	3
085	Riduzione incruenta di fratt. dita del piede, di tibia, del perone, del bacino	1

086	Riduzione incruenta della frattura del femore	1
087	Riposizionamento e bendaggio della lussazione di un'articolazione delle dita del piede, del piede, del ginocchio e della rotula	1
088	Disarticolazione di un dito del piede	1
089	Disarticolazione del piede e della gamba	2
090	Emipelvectomia e resezione del sacro	4
091	Lisi Legamenti alari ginocchio	2
092	Trasposizione Tendinea ginocchio	3
093	Reimpianto arto inferiore	4
094	Reimpianto del segmento di arto inferiore	4

GRUPPO 06 - CHIRURGIA VASCOLARE

001	Endoarteriectomia carotidea tradizionale	3
002	Endoarteriectomia carotidea per eversione con correzione di dimorfismi	3
003	Angioplastica con o senza stent per stenosi o re-stenosi carotidea	3
004	Stenting carotideo per dissecazione	3
005	Exeresi di tumore del glomo carotideo	3
006	Interv. per stenosi o ostruzioni arteria vertebrale, succlavia e tronco anonimo	3
007	Terapia chirurgica delle sindromi dello stretto toracico superiore	2
008	Interventi di riparazione di lesioni aneurismatiche di:	3
	- Carotide	3
	- Succlavia ed ascellare	3
	- Aorta addominale e vasi iliaci	3
	- Arterie periferiche (femorale, poplitea)	3
	- Arterie viscerali (splenica, mesenterica, epatica, tronco celiaco)	3
	- Aneurismi anastomotici	3
009	chirurgia della sindrome da intrappolamento dell'arteria poplitea	2
010	Prep. acc. vascolari per emodialisi e rev. fistole artero-venose patologiche	2
011	Simpaticectomia toracica o lombare	2
012	Interventi per stenosi dell'arteria mesenterica superiore:	3
	- By-pass aorto mesenterico	3
	- Trombolisi mediante cateterismo diretto	3
	- Angioplastica con o senza stent	3
013	Interventi per stenosi dell'arteria renale:	3
	- Resezione segmentaria con anastomosi diretta o innesto protesico	3
	- Endoarteriectomia	3
	- Angioplastica con o senza stent	3
	- Reimpianto aortico dell'arteria renale	3
	- By-pass aorto renale	3
014	Preparazione chirurgica di vasi arteriosi per procedure endovascolari	1
015	Interv. endovascolari per lesioni aneurismatiche con endoprotesi	3
016	Interv. endovascolari per lesioni stenosanti con angioplastica e stent	3
017	Interventi per rivascularizzazione degli arti inferiori:	3
	- By-pass iliaco femorali	3
	- By-pass aorto iliaci	3
	- By-pass aorto femorali	3
	- By-pass femoro poplitei o femoro distali	3
	- By-pass extra anatomici per lesioni aorto iliache	3
018	Trattamento chirurgico delle complicanze della chirurgia restaurativa aorto-iliaca:	3
	- Interventi di disostruzione e/o trombectomia delle protesi	3
	- Intervento di sostituzione della protesi	4
	- Asportazione della protesi con confezionamento di by-pass extra	3
019	Interventi sull'aorta toracica ed addominale:	5
	- Innesto prot. con reimp. tronchi sovraortici, midollari e viscerali per diss.	5
020	Chirurgia vascolare dell'impotenza:	3
	- Endoarteriectomia ipogastrica	2
	- By-pass dell'arteria ipogastrica	3
	- Angioplastica per cutanea	3

021	Embolectomia con tecnica di Forgarty di vasi arteriosi periferici per occlusione acuta	2
022	Trattamento di stenosi arteriosa con plastica del vaso con patch omologo, autologo, sintetico	2
023	Legatura vascolare per trattamento di complicanze emorragiche	2
024	Chirurgia dell'insufficienza venosa superficiale:	2
	- Crossectomia	2
	- Exeresi dei tronchi safenici	2
	- Legatura di perforanti insufficienti con accesso mini invasivo video-assistito	1
	- Varicectomie	1
	- Legatura sottofasciale di perforanti insufficienti con accesso	2
	- Sclerosi di teleangiectasie e varici	1
025	Interventi chirurgici di ripristino della continenza valvolare del circolo venoso profondo	2
026	Trombectomia venosa	2
027	Posizionamento di filtro cavale	3
028	Riparazione di lesioni vascolari di origine traumatica:	2
	- Legatura	2
	- Arterioraffia	2
	- Plastica vascolare con patch	2
	- Interventi di legatura e by-pass	2
029	Trattamento chirurgico delle angiодisplasie	3
030	Amputazione di arto per vasculopatia	2
031	Amputazione di dita per vasculopatia	1
032	Interventi chirurgici di riparazione di fistole artero-venose di origine traumatica	2

GRUPPO 07 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA

CHIRURGIA DELLA VULVA

001	Interventi per ascessi e marsupializzazione ghiandola del Bartolini	1
002	Vulvectomy semplice, totale, parziale	2
003	Vulvectomy radicale con linfadenectomia inguinale e/o pelvica	4

CHIRURGIA DELLA VAGINA

004	Ampliamento dell'introito vaginale	1
005	Asportazione di setti e/o cisti vaginali	1
006	Trattamento di polipi e/o prolasso della mucosa uretrale	1
007	Plastica vaginale anteriore e/o posteriore per colpocistocele	2
008	Operazione di Manchester e Fothergill (uretrocistocele + elongatio colli)	2
009	Correzione di enterocele (elitrocele)	2
010	Correzione prolasso cupola vaginale per via vaginale e/o addominale	3

CHIRURGIA DELL'INCONTINENZA URINARIA

011	Uretropessi e colpoplastica anteriore; colpososp. retropubica sec. Burch	3
012	Cistoretropessi secondo Lahodny (intervento di fionda a braccio corto)	3
013	Sospensioni con ago (Pereyra, Stamey, Raz), four corner suspension	3
014	Interventi di sling	3
015	"Paravaginal repair" con approccio addominale e vaginale	3
016	Tension free vaginal tape (TVT)	3
017	Riparazione chirurgica di fistola vescico vaginale, ureterale, retto vaginale	3
018	Creazione di vagina artificiale (intervento di Vecchietti)	4

CHIRURGIA DELL'UTERO

019	Raschiamento endouterino a scopo diagnostico o terapeutico anche frazionato corpo e canale cervicale	1
020	Isteroscopia diagnostica	1
021	Interventi per via isteroscopica (chirurgia resettoscopica): polipi e miomi endocavitari, lisi di sinechie, ablazione dell'endometrio, estrazione di corpi estranei, metroplastica	2
022	Isteropessi	2
023	Metroplastica per via laparotomica	2
024	Miomectomia laparotomica o laparoscopica	2

025	Isterectomia semplice totale o sub-totale con o senza conservazione degli annessi per laparotomia o laparoscopica	3
026	Isterectomia radicale secondo Wertheim con linfadenectomia pelvica e/o lomboaortica	4
027	Isterectomia totale per via vaginale con o senza annessectomia	3
028	Isterectomia radicale per tumore secondo Schauta-Amreich	4
029	Interventi per varicocele pelvico per via laparoscopica	3

CHIRURGIA DEL COLLO DELL'UTERO

030	Diatermocoagulazione o laservaporizzazione	1
031	Conizzazione	1
032	Polipectomia cervicale e biopsia della portio	1
033	Dilatazione del canale cervicale	1

CHIRURGIA DEGLI ANNESSI

034	Enucleazione di cisti ovarica e ricostruzione dell'ovaio	2
035	Resezione cuneiforme dell'ovaio	2
036	Drilling ovarico laparoscopico	2
037	Salpingectomia, ovariectomia, salpingo-ooforectomia (annessectomia)	2
038	Asportazione di cisti infralegamentarie	2
039	Interventi per sterilizzazione tubarica laparotomici o laparoscopici	2
040	Salpingoplastica, salpingoneostomia	2
041	Interventi estesi per patologia ovarica maligna	4
042	Second look per neoplasia ovarica, laparotomico o laparoscopico	3
043	Eviscerazione pelvica anteriore, posteriore o totale	5
044	Interventi per sactosalpinge e ascessi pelvici	3
045	Simpatomia ginecologica (es. neurectomia secondo Cotte)	3
046	Laparotomia per emoperitoneo da gravidanza extrauterina	3
047	Laparoscopia diagnostica per algie pelviche e sterilità	2
048	Viscerolisi e salpingocromoscopia	2
049	Asportazione di cisti ovarica e trattamento dell'endometriosi	3
050	Salpingectomia per gravidanza extra uterina tubarica	3

OSTETRICIA

051	Diagnostica invasiva: Amniocentesi, prelievo dei villi coriali, funicolocentesi	1
052	Cerchiaggio cervicale	1
053	Assistenza al parto spontaneo o indotto in presentazione cefalica di vertice	1
054	Assistenza al parto spontaneo o indotto per presentazioni cefaliche anomale, nella distocia delle spalle, nella presentazione podalica	1
055	Parto operativo con applicazione di forcipe o ventosa ostetrica	1
056	Interventi riparativi di lacerazioni vagino perineali	1
057	Rivolgimento per manovre esterne	1
059	Secondamento manuale	1
060	Tamponamento uterino o utero-vaginale	1
061	Asportazione di lembi placentari, raschiamento post-partum	1
062	Trachelorrafia	1
063	Taglio cesareo post-mortem	1
064	Operazioni embriotomiche	2
065	Riduzione, inversione uterina per via vaginale o laparotomia	2

GRUPPO 08 - UROLOGIA

UROLOGIA

001	Nefrectomia parziale mono o bilaterale	3
002	Nefrectomia radicale mono o bilaterale	3
003	Nefroureterectomia (anche con pastiglia vescicale)	4
004	Nefrectomia di rene unico	4
005	Correzione di malformazione renale	3
006	Incisione di ascesso paranefritico	2
007	Svuotamento e resezione di cisti renale	2

008	Aspirazione percutanea di cisti renale	2
009	Nefrolitotomia	3
010	Nefrostomia percutanea con frammentazione di calcolo (o asportazione con pinza o cestello)	3
011	Nefrostomia percutanea senza frammentazione di calcolo	2
012	Pielolitotomia	3
013	Pieloplastica	3
014	Biopsia percutanea (agobiopsia del rene)	2
015	Trapianto renale	4
016	Nefropessia (fissazione di un rene mobile)	2
017	Sutura di lacerazione renale	2
018	Litotrissia ad onde d'urto extracorporea (ESWL)	2
019	Surrenalectomia e altri interventi sulla capsula renale	2

CHIRURGIA DELL'URETERE

020	Ureteroscopia semplice o con biopsia dell'uretere	1
021	Ureterectomia parziale o segmentarla	3
022	Ureterectomia totale	3
023	Uretero-ileostomia cutanea	4
024	Ureterocutaneostomia	3
025	Ureteroneocistostomia	3
026	Ureterotomia endoscopica	3
027	Dilatazione della papi/la ureterale	2
028	Cateterismo uretera/e	2
029	Litotrissia endoscopica di calcolo ureterale	2

CHIRURGIA DELLA VESCICA

030	Cistostomia sovrapubica	2
031	Cistolitotomia sovrapubica	3
032	Cistoscopia transuretrale (anche con biopsia)	1
033	Cistectomia parziale	3
034	Cistectomia totale	4
035	Cistectomia radicale (vescica, prostata, vescichette seminali)	4
036	Chiusura di fistola vescicole	3
037	Neovescica continente	4
038	Ampliamento vescicole	4
039	Cervicotomia chirurgica o endoscopica	2
040	Resezione endoscopica della vescica (TUR)	2

CHIRURGIA DELL'URETRA

041	Cateterismo uretrale	1
042	Uretrotomia endoscopica	1
043	Rimozione di calcolo uretrale anche mediante incisione	2
044	Meatotomia uretrale	1
045	Uretroscopia anche con biopsia	1
046	Ureterectomia con o senza uretroplastica	2
047	Riparazione di ipospadia o epispadia	2
048	Impianto di protesi uretrali o sfinteriali	2
049	Interventi di sospensione uretrale per incontinenza da stress	2
050	Iniezioni di sostanza para o periuretrale per incontinenza da stress	1
051	Asportazione di papilloma dell'uretra	1

CHIRURGIA DELLA PROSTATA

052	Biopsia della prostata (transrettale, transperineale, transuretrale)	1
053	Prostatectomia transuretrale (laser, TULIP, ultrasuoni, vaporizzazione)	2
054	Posizionamento di protesi nell'uretra prostatica	2
055	Resezione transuretrale della prostata (TURP)	2
056	Adenomectomia prostatica transvescicale	3
057	Prostatectomia radicale con ogni tipo di approccio chirurgico	3

CHIRURGIA DEL TESTICOLO

058	Intervento per varicocele	1
059	Intervento per idrocele	1
060	Asportazione di cisti dell'epididimo o spermatocele	1
061	Epididimectomia	1
062	Vasectomia	1
063	Biopsia del testicolo	1
064	Orchiectomia monolaterale o bilaterale	2
065	Orchidopessi anche con eventuale derotazione del testicolo	2
066	Inserzione di protesi testicolare	2

CHIRURGIA DEL PENE

067	Frenulotomia (con o senza frenuloplastica)	1
068	Circoncisione	1
069	Biopsia peninea	1
070	Amputazione del pene con uretrotomia perineale	3
071	Sutura di lacerazione del pene	2
072	Posizionamento di protesi	2
073	Correzione di recurvatum penineo con o senza rimozione di placca	2

GRUPPO 09 - NEUROCHIRURGIA

NEUROCHIRURGIA

001	Craniotomia per ematoma extradurale, subdurale, per rimozione ascesso epidurale, di corpo estraneo	1
002	Svuotamento ematoma subdurale o epidurale mediante craniotomia osteoplastica	2
003	Svuotamento ematoma o ascesso endocranico mediante craniotomia osteoplastica	2
004	Puntura trans-cranica (trapanazione teca cranica)	2
005	Craniotomia per trattamento di fistola	2
006	Biopsia cerebrale o meningea mediante agobiopsia	1
007	Interventi di anastomosi per derivazione liquorale	3
008	Interventi di revisione, rimozione e irrigazione di anastomosi ventricolari	2
009	Intervento al cranio con apertura della dura madre senza intervento al cervello	2
010	Intervento al cranio con apertura della dura madre con intervento al cervello	5
011	Emisferectomia	5
012	Chirurgia ipofisi	5
013	Asportazione tumori orbitali per via endocranica	2
014	Interventi sui nervi cranici	5
015	Trattamento neuro chirurgico delle sequele dopo paralisi facciale	5
016	Trattamento neuro chirurgico disrafismi (meningocele o mielomeningocele, spina bifida) con copertura plastica	2
017	Operazione endocranica per fistola seno carotideo	3
018	Interventi stereotattici su cervello e ipofisi	5
019	Trattamento neurochirurgico epilessia con elettrocorticografia intra-operatoria	5
020	Trattamento transcranico di lesioni cranico cerebrali penetranti	2
021	Riposizionamento frammenti di frattura affossata del cranio e riduzione frattura del cranio	2
022	Interventi neurochirurgici su malformazioni dei vasi sanguigni cerebrali	5
023	Interventi ricostruttivi su vasi sanguigni intracerebrali	5
024	Operazione di cisti aracnoidea cerebellare	5
025	Neurolisi, sutura di uno o più nervi periferici	1
026	Incisione, sezione, asportazione di nervi della base cranica	2
027	Incisione, sezione, asportazione di nervi periferici	2
028	Asportazione di tumori di nervi periferici con neuroplastica	4
029	Gangliectomie di nervi cranici e periferici	3
030	Simpatectomia	3
031	Operazione di ernia al disco intervertebrale lombare	3
032	Operazione transdurale di ernia del disco intervertebrale	3
033	Operazione di ernia toracica e cervicale, disco intervertebrale mediante laminectomia	3
034	Operazione interiore alla spina dorsale con sostituzione dischi e corpi vertebrali	4

035	Operazione per tumore intradurale, ascesso, emorragia ed angioma midollare	4
036	Asportazione di tumore del canale vertebrale,oppure altri interventi sul midollo spinale anche con resezione delle radici nervose posteriori	4
037	Cordotomia mediante laminectomia	3
038	Rizotomia mediante laminectomia	3
039	Mielotomia (commessurale o frontale)	3
040	Cordotomia percutanea cervicale	3
041	Stimolazione del funicolo posteriore lungo il midollo con impianto di elettrodi	3
042	Posizionamento di elettrodi	3

GRUPPO 10 - OTORINOLARINGOIATRIA

CHIRURGIA DEL NASO E DEI SENI PARANASALI

001	Controllo epistassi (cauterizzazione in anestesia locale, legatura ramo vascolare)	1
002	Incisione del naso (condrotomia, incisione della cute del naso, sectotomia nasale)	1
003	Asportazione o demolizione locale di lesione o formazione del naso	1
004	Settoplastica anteriore e/o posteriore	1
005	Rinoplastica o rinosectoplastica	2
006	Turbino plastica	1
007	Biopsia nasale	1
008	Riduzione chirurgica di frattura nasale	1
009	Ricostruzione totale del naso con lembi cutanei	3
010	Puntura dei seni paranasali per aspirazione o lavaggio	1
011	Biopsia dei seni paranasali	1
012	Antrotomia mascellare esterna (approccio secondo Caldwell'-Luc)	2
013	Senectomia frontale	2
014	Asportazione di tumore del seno mascellare secondo Caldwell'-Luc o con altro approccio	2
015	Etmoidectomia	1
016	Sfenoidectomia	1
017	Riparazione seno nasale (chiusura fistola seno nasale, Ricost.dotto fronto nasale)	1

CHIRURGIA DELLA FARINGE E CAVITÀ ORALE

018	Faringotomia (drenaggio borsa faringea, incisione e drenaggio di ascesso retrofaringeo)	1
019	Biopsia faringea	1
020	Asportazione di cisti o vestigia della fessura branchiale	1
021	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto della faringe	2
022	Intervento di plastica sulla faringe	1
023	Chiusura di fistola della fessura branchiale o di altra fistola	1
024	Sezione del nervo glossofaringeo	1
025	Biopsia della lingua	1
026	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto della lingua	1
027	Glossectomia parziale o radicale	3
028	Riparazione della lingua e glossoplastica	3
029	Frenulotomia o frenulectomia linguale o labiale	1
030	Incisione e drenaggio di strutture tonsillari e peritonsillari	1
031	Biopsia di tonsille e adenoidi	1
032	Tonsillectomia	1
033	Adenoidectomia	1
034	Asportazione di residuo tonsillare	1
035	Asportazione di tonsilla linguale	1
036	Controllo di emorragia dopo tonsillectomia e/o adenoidectomia	1
037	Rimozione di corpo estraneo da tonsille e adenoidi mediante incisione	1

CHIRURGIA DELLE GHIANDOLE SALIVARI E DEI DOTTI SALIVARI

038	Incisione delle ghiandole o dotti salivari	1
039	Biopsia di ghiandola o dotto salivari	1
040	Marsupializzazione di cisti di ghiandola salivare	1
041	Scialoadenectomia parziale o completa	2
042	Riparazione di ghiandola o dotto salivare	1

043	Exeresi di calcolo dalla ghiandola sotto-mascellare o da altra ghiandola salivare senza asportazione di tessuto ghiandolare	1
044	Asportazione o demolizione di lesioni o tessuti laringei (marsupializzazione di cisti laringea, chiusura di fistole)	1
045	Biopsia della laringe	1
046	Laringectomia parziale	3
047	Laringectomia radicale	3
048	Microlaringoscopia diagnostica in sospensione con o senza biopsia	1
049	Altri interventi sulla laringe (iniezione endolaringea di materiale inerte)	1
050	Sutura di lacerazione della laringe	2
051	Transposizione di corde vocali	3
052	Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale	3
053	Biopsia della trachea	1
054	Tracheostomia temporanea o permanente	1
055	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea	1

CHIRURGIA DELL'ORECCHIO

056	Incisione dell'orecchio esterno	1
057	Biopsia dell'orecchio	1
058	Asportazione o demolizione di lesione dell'orecchio esterno (asportazione di esostosi canale uditivo esterno, asportazione parziale dell'orecchio)	1
059	Amputazione dell'orecchio esterno	2
060	Sutura di lacerazione dell'orecchio esterno	1
061	Correzione chirurgica di orecchio (correzione della pinna, riposizionamento del padiglione auricolare, otoplastica con modellamento cartilagineo, ricostruzione del canale uditivo esterno)	2
062	Ricostruzione del padiglione auricolare con impianto di protesi	2
063	Interventi di ricostruzione dell'orecchio medio	3
064	Miringoplastica	2
065	Timpanoplastica	2
066	Revisione di timpanoplastica	2
067	Altra riparazione dell'orecchio medio	2
068	Miringotomia con o senza inserzione di tubo di drenaggio transtimpanico	1
069	Rimozione di tubo di drenaggio transtimpanico	1
070	Incisione della mastoide e dell'orecchio medio	2
071	Biopsia dell'orecchio medio	2
072	Biopsia dell'orecchio interno	3
073	Mastoidectomia (mastoidectomia semplice, mastoidectomia radicale, antroatticostomia)	2
074	Mastoidectomia con impianto di apparecchio protesico coclearie	3
075	Revisione di mastoidectomia	2
076	Fenestrazione dell'orecchio interno anche con innesto di cute	3
077	Incisione, asportazione, demolizione dell'orecchio interno (anastmosi endolinfatica, distruzione per iniezione di alcool, decompressione del labirinto, drenaggio dell'orecchio interno, labirintectomia transtimpanica, tap perilinfatico)	3
078	Interventi sulla tuba di Eustachio (cateterismo, iniezione pasta di teflon, tuboplastica)	3
079	Riparazione delle finestre ovale o rotonda	2
080	Iniezione del timpano	2
081	Impianto di apparecchio acustico elettromagnetico nell'osso di conduzione	3
082	Impianto o sostituzione apparecchio protesico coclearie, a canale singolo o multiplo	3

CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE

083	Riduzione di frattura facciale	2
084	Riduzione chiusa o aperta di frattura zigomatica e malare	2
085	Riduzione chiusa o aperta di frattura mascellare	2
086	Riduzione chiusa o aperta di frattura mandibolare	2
087	Riduzione aperta di frattura alveolare	2
088	Riduzione aperta di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	2
089	Altra riduzione chiusa di frattura facciale	2
090	Riduzione chiusa di frattura dell'orbita	2
091	Altra riduzione aperta di frattura facciale	2
092	Riduzione aperta della Rima o della parete orbitaria	2

GRUPPO 11 - OCULISTICA

CHIRURGIA DELLA PALPEBRA

001	Incisione della palpebra	1
002	Biopsia della palpebra	1
003	Asport. les. palpebrale, minore o maggiore, a tutto spessore o non	1
004	Correzione di blefaroptosi: sospensione frontale con fascia, con suture o con avanzamento muscolare	2
005	Riparazione di entropion o ectropion con tecniche varie: suture, resezione cuneiforme, ecc.	1
006	Cantotomia	1
007	Blefarorrafia	1
008	Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto	2

CHIRURGIA DELL'APPARATO LACRIMALE

009	Incisione della ghiandola lacrimale	1
010	Biopsia della ghiandola lacrimale	2
011	Dacrioadenectomia	2
012	Spicillazione del punto lacrimale, dei canalicoli, del dotto naso-lacrimale	1
013	Intubazione del dotto naso-lacrimale	1
014	Dacriocistorinostomia, con o senza supporto	1
015	Dacriocistectomia	1
016	Incisione del sacco lacrimale	1
017	Biopsia del sacco lacrimale	1
018	Correzione di eversione del punto lacrimale	1

CHIRURGIA DELLA CONGIUNTIVA

019	Rimozione di corpo estraneo	1
020	Biopsia congiuntivale	1
021	Asportazione di lesione o tessuto congiuntivale	1
022	Congiuntivoplastica	1

CHIRURGIA DELLA CORNEA

023	Rimozione di corpo estraneo	1
024	Curettaggio della cornea per striscio o coltura	1
025	Asportazione di pterigium	1
026	Sutura di lacerazione corneale	1
027	Riparazione di lacerazione o ferita corneale con lembo congiuntivale	2
028	Cheratoplastica	3
029	Cheratoplastica lamellare	3
030	Cheratotomia radiale	3
031	Epicheratofachia	3
032	Cherectomia fotorefrattiva	3
033	Cherectomia fototerapeutica	3
034	Trapianto di cornea	3
035	Tatuaggio della cornea	1

CHIRURGIA DELL'IRIDE, DEL CORPO CILIARE, DELLA SCLERA, DELLA CAMERA ANTERIORE

036	Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore	1
037	Iridotomia ed iridectomia	1
038	Aspirazione diagnostica della camera anteriore	1
039	Biopsia iridea	1
040	Iridoplastica	1
041	Coreoplastica	1
042	Asportazione di lesione iridea	2
043	Trabeculoplastica mediante laser	1
044	Goniopuntura	1
045	Trabeculotomia ab externo, ab interno	1
046	Trabeculectomia ab externo	2

047	Sclerotomia	2
048	Ciclodiatomia	2
049	Ciclocrioterapia	1
050	Ciclofotocoagulazione	2
051	Sutura di lacerazione della sclera	1
052	Asportazione di lesione minore o maggiore della sclera	2
053	Riparazione di lesione sclerale con innesto	1
054	Paracentesi della camera anteriore	1
055	Iniezione di aria, liquido o medicamentoin camera anteriore	1

CHIRURGIA DEL CRISTALLINO

056	Intervento di cataratta: intra, extra, facoemulsificazione, con o senza impianto di cristallino artificiale	2
057	Asportazione di membrana secondaria dopo cataratta con laser o chirurgico (capsulectomia)	1

CHIRURGIA DELLA RETINA, DELLA COROIDE, DEL CORPO VITREO

058	Rimozione di corpo estraneo dal segmento posteriore	2
059	Aspirazione diagnostica di corpo vitreo	1
060	Demolizione di lesione corioretinica mediante crioterapia, diatermia; fotocoagulazione mediante impianto sclerale di sorgente radioattiva, radioterapia	2
061	Riparazione di lacerazione retinica mediante crioterapia, fotocoagulazione laser, diatermia	2
062	Intervento per distacco retinico mediante cerchiaggio sclerale con o senza piombaggio	2
063	Vitrectomia con o senza immissione di sostituti vitreali: aria gas, olio di silicone ecc.	3
064	Iniezione intravitreale di aria o gas	2

CHIRURGIA DEI MUSCOLI EXTRAOCULARI

065	Biopsia muscolare	1
066	Intervento per strabismo con arretramento, avanzamento o resezione di un muscolo extraoculare	2
067	Intervento di trasposizione dei muscoli extraoculari	2

CHIRURGIA DELL'ORBITA E DEL BULBO OCULARE

068	Orbitotomia anteriore, laterale	3
069	Biopsia del bulbo oculare e dell'orbita	2
070	Asportazione di lesione dell'orbita	2
071	Eviscerazione del bulbo	2
072	Enucleazione del bulbo con o senza impianto di protesi	2
073	Exenteratio dell'orbita con o senza trasposizione muscolare	2
074	Revisione di cavità orbitaria con o senza innesto	1

GRUPPO 12 - STOMATOLOGIA TRAUMATICA

CHIRURGIA STOMATOLOGICA

001	Chirurgia gengivale	1
002	Chirurgia muco gengivale	1
003	Chirurgia ossea	1
004	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea parziale	1
005	Medicazione chirurgica, lavaggi e drenaggi, trattamento alveolite	1
006	Riduzione manuale di lussazione della mandibola	1
007	Intervento di rialzo del seno mascellare	1
008	Asportazione di corpi estranei e/o di denti spostati o inclusi o lesi in seguito ad evento traumatico	1
009	Osteotomia per asportazione corpi estranei e/o di denti spostati o inclusi nella profondità in seguito ad evento traumatico	1
010	Trattamento chirurgico di emorragia post-traumatica del cavo orale	1

UNIQA Assicurazioni SpA

Sede Legale: Via Carnia 26 - 20132 Milano - Capitale Sociale Euro 7.761.604,92 i.v. - C.F. / P.I. / Registro Imprese Milano n. 01416080156 - R.E.A. N. 688496
Autorizzazione D.M. 5716 del 18/08/1966 (G.U. 217 del 01/09/1966) - Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00033 - Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al numero 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione ed appartenente al Gruppo Reale Mutua, iscritto al numero 006 dell'Albo delle società capogruppo - www.uniqagroup.it - PEC: uniqaassicurazioni@pec.uniqagroup.it