

POLIZZA DI ASSICURAZIONE

POLIZZA SALUTE

Net Medical Insurance

Polizza danni di durata annuale dedicata alla protezione della salute delle persone.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP DANNI
- IL DIP AGGIUNTIVO DANNI
- IL GLOSSARIO
- LE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
- IL FAC-SIMILE DELLA PROPOSTA

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 02/2023

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti Semplice e Chiari”.



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di Assicurazione è?

È una Polizza danni dedicata alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone. NET MEDICAL INSURANCE consente ai Clienti, grazie alla sua modularità, di costruire il pacchetto assicurativo che più soddisfi le loro esigenze di protezione.



Che cosa è assicurato?

In base al Modulo Assicurativo prescelto, Net Medical Insurance riconosce per prestazioni sanitarie rese necessarie da Malattia o Infortunio, accadute successivamente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa:

- ✓ il **Rimborso delle spese** sostenute dall'Assicurato, in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (compreso il parto e l'aborto terapeutico), Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale,
- ✓ un'**indennità giornaliera**, in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (compreso il parto e l'Aborto Terapeutico), Day Hospital / Day Surgery,
- ✓ un **indennizzo forfettario** o **Surgical cash**, prestabilito in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale,
- ✓ il rimborso delle spese per **visite specialistiche**,
- ✓ il rimborso delle spese per **accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, assistenza Infermieristica domiciliare**
- ✓ il pagamento diretto una volta all'anno a titolo di **prevenzione**, degli esami diagnostici (**Check Up**) indicati in polizza,
- ✓ il rimborso per l'acquisto di **lenti e occhiali o lenti a contatto correttive**.
- ✓ il rimborso delle **spese odontoiatriche**

I massimali sono prestabiliti in polizza a seconda dell'opzione scelta e sono applicati per Anno assicurativo e per persona. Per il Modulo Assicurativo "Dental" invece, il limite numerico delle prestazioni odontoiatriche si applica per persona e per Anno assicurativo.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili:

- ✗ Le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.
- ✗ Le persone non stabilmente residenti in Italia.
- ✗ Gli Assicurati che al momento dell'ingresso in garanzia abbiano un'età superiore a 65 anni. Per il Modulo Assicurativo "Dental" è prevista un'età minima all'ingresso pari a 3 anni compiuti, mentre per il Modulo Assicurativo Aggiuntivo "Prevenzione – check up" l'età minima all'ingresso è 30 anni compiuti.
- ✗ Ad esclusione del Piano Assicurativo Dental, gli Assicurati che in fase di stipula non abbiano risposto alle domande riportate nel questionario sanitario o abbiano fornito una o più risposte positive.
- ✗ Le persone che non fanno parte del medesimo Stato di Famiglia e che non siano i coniugi, i conviventi di fatto, gli uniti civilmente, nonché i relativi figli e genitori di ciascuno di essi. Anche se non facenti parte del medesimo stato di famiglia sono assicurabili i figli non conviventi, fiscalmente e non fiscalmente a carico.

Inoltre:

- ✗ alla scadenza dell'Assicurazione, l'età massima all'uscita non può essere superiore ai 74 anni compiuti,
- ✗ le Parti alla scadenza annuale successiva al compimento del 74° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione.



Ci sono limiti di copertura?

Per tutte le garanzie sono previste limitazioni ed esclusioni.

Per i Moduli Assicurativi Base e Aggiuntivi le Garanzie saranno operanti ed effettive, salvo le esclusioni:

- ! per gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- ! per le Malattie: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione per i Moduli Base e dal 90° giorno per i Moduli Aggiuntivi;
- ! per il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- ! per le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l'Aborto Terapeutico: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;

per il Modulo Assicurativo Dental, le prestazioni per le Malattie e prevenzione saranno operanti ed effettive:

- ! per "Visita e Prevenzione", Cure di 1° e 2° Livello, dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

Eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami durante il periodo di carenza saranno coperte dall'Assicurazione successivamente a tale periodo ferme comunque le esclusioni previste in Polizza.



Dove vale la copertura

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole garanzie, l'Assicurazione è valida in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Ad esclusione del Modulo Assicurativo Dental, devi compilare il questionario sanitario, rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul tuo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso all'Assicuratore tempestivamente e fornire la documentazione richiesta e conservare le tracce e gli indizi del sinistro.



Quanto e come devo pagare?

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio che può essere pagato in rate annuali, oppure frazionato, a scelta del Contraente, in rate semestrali o trimestrali senza oneri aggiuntivi. Il Premio annuo è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento.

Il Premio di ogni Assicurato è soggetto ad adeguamento automatico al passaggio da una fascia di età all'altra, secondo la tabella indicata in Polizza.

Qualora l'Assicurato, alla data di rinnovo, dovesse rientrare nella fascia di età successiva, il Premio dell'anno precedente verrà adeguato automaticamente al Premio dello scaglione di età successivo.

Il Contraente può versare i premi mediante ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario l'Intermediario cui è assegnata la polizza.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha durata annuale con tacito rinnovo. Il contratto si intende concluso nel momento in cui l'Assicuratore accetta la Proposta di assicurazione del Contraente. L'assicurazione ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.



Come posso disdire la polizza?

Il Contraente può impedire il rinnovo automatico della polizza inviando alla Società richiesta di disdetta, mediante lettera raccomandata, almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP Aggiuntivo Danni)

Compagnia: Net Insurance S.p.A.

Prodotto: Net Medical Insurance

Data ultimo aggiornamento: 23/02/2023

Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazioni prima della sottoscrizione del contratto.

Net Insurance S.p.A. - Società per Azioni fa parte del Gruppo Net Insurance - Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4, 00161 Roma, Tel. 06 89326.1 - Fax 06 89326.800; Sito internet: www.netinsurance.it; Email: info@netinsurance.it; PEC: netinsurance@pec.netinsurance.it

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami danni di cui ai Provvedimenti IVASS n. 1756 del 18/12/2000, n. 2131 del 4/12/2002, n.2444 del 10/7/2006, n. 3213000422 del 9/4/2013 e n. 231077 del 20/12/2017. Iscritta all'Albo delle imprese IVASS n. 1.00136

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 85,2 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 17,6 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 67,5 milioni.

Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 43,6 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 15,5 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 85,5 milioni.

L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 196,04%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2021 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link:

<http://www.netinsurance.it>

Al contratto si applica la legge italiana.



Che Cosa è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni.

NET MEDICAL INSURANCE è una Polizza dedicata alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone. E' un prodotto modulare che consente ai Clienti di costruire il pacchetto assicurativo che più soddisfa le loro esigenze di protezione, combinando i Moduli Assicurativi previsti dalla Polizza.

Il Contraente può scegliere di acquistare uno o più Moduli Assicurativi Base, ciascuno dei quali è integrabile con uno o più Moduli Assicurativi Aggiuntivi che prevedono il pagamento di un apposito Premio.

I Moduli Assicurativi Aggiuntivi "Lenti e Occhiali" e "Prevenzione - Check UP" possono essere integrati solo se viene acquistato il Modulo Assicurativo Base "Rimborso Spese Mediche".

Per ogni Modulo Assicurativo Base il Contraente può scegliere tra due opzioni (Easy o Top) che differenziano tra di loro per Massimali e/o prestazioni.

E' previsto anche un Modulo Assicurativo "Dental" che può essere acquistato da solo oppure integrato ad uno o più Moduli Assicurativi Base.

Per il Modulo Assicurativo "Dental" il Contraente può scegliere tra due opzioni:

- Base: Prevenzione + Cure 1° Livello
- Medium: Prevenzione + Cure 1° e 2° Livello

Ciascuna delle due opzioni è integrabile con le cure di 3° Livello

MODULI ASSICURATIVI BASE	
<p>Indennità Sostitutiva (SSN o Privato)</p>	<p>In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (compreso il parto e l'Aborto Terapeutico), Day Hospital / Day Surgery, resi necessari da Malattia o Infortunio e fermi i Termini di Carenza, NET INSURANCE S.p.A riconosce un'Indennità Giornaliera a seconda dell'opzione prescelta (Easy o Top), fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nelle Condizioni di Assicurazione.</p> <p>In caso di Ricovero, al fine del calcolo dei giorni, vengono calcolati i pernottamenti.</p> <p>Il Ricovero, Day Hospital o Day Surgery devono essere erogati presso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istituto di Cura privato o pubblico; - Istituto di Cura privato in regime di convenzione con il SSN. <p>In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico iniziato durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa e terminato oltre il periodo di validità della stessa, NET INSURANCE S.p.A riconosce l'Indennità Giornaliera fino alla data di dimissione dall'Istituto di Cura.</p>
<p>Surgical Cash</p>	<p>In caso di Ricovero con Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale, NET INSURANCE S.p.A. riconosce un Indennizzo forfettario prestabilito e indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute, a seconda dell'opzione prescelta (Easy o Top).</p> <p>L'indennizzo viene riconosciuto se l'evento avviene dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza.</p> <p>Gli Interventi Chirurgici sono identificati e classificati in 7 classi che prevedono Indennizzi diversi a seconda della complessità dell'Intervento Chirurgico, e ad ognuno di essi è associato un Indennizzo.</p> <p>Nel corso dell'Anno Assicurativo, per ogni singolo Assicurato, l'indennizzo massimo non potrà superare il doppio dell'Indennizzo previsto per la VII classe dell'opzione prescelta (Easy o Top).</p> <p>In caso di più Interventi Chirurgici, originati dalla stessa patologia ed effettuati allo stesso organo, arto o tessuto, l'Indennizzo previsto viene corrisposto dall'Assicuratore un'unica volta, nell'Anno Assicurativo cui il Sinistro è attribuibile.</p> <p>Invece, nel caso in cui nel corso della stessa seduta operatoria vengano effettuati due o più Interventi Chirurgici, l'Assicuratore corrisponderà all'Assicurato un unico Indennizzo, prendendo come riferimento l'intervento con classe più elevata.</p>
<p>Rimborso spese mediche</p>	<p>In caso Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (compreso il parto e l'Aborto Terapeutico), Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale, effettuato dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza, NET INSURANCE S.P.A. riconosce un rimborso, a seconda dell'opzione prescelta (Easy o Top) e fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti previsti dall'assicurazione.</p> <p>In caso di Ricovero iniziato durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa e terminato oltre il periodo di validità della stessa, l'Assicuratore riconosce entro i limiti indicati nelle Condizioni di Assicurazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fino alla data di dimissione dall'Istituto di Cura; - per prestazioni effettuate nel periodo POST Ricovero, purché le stesse siano inerenti il Ricovero stesso. <p>Di seguito le spese mediche comprese dalla presente garanzia:</p> <p>A. <u>Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital / Day Surgery ed Intervento Chirurgico Ambulatoriale</u></p> <p>Vengono rimborsate, entro il limite massimo le:</p> <p>SPESE PRE (precedenti)</p> <p>Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché effettuati precedentemente e inerenti il Ricovero con o senza</p>

<p>Rimborso spese mediche</p>	<p>Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale stesso.</p> <p>SPESE DURANTE Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica e ostetrica, terapie, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (solo in caso d' Intervento Chirurgico e i trattamenti devono essere conseguenza dell'Intervento Chirurgico stesso), medicinali, onerari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, Rette di Degenza (non sono comprese le spese voluttuarie). Per l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale le spese per la Retta di Degenza sono escluse.</p> <p>SPESE POST (successive) Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (solo in caso d' Intervento Chirurgico e i trattamenti devono essere conseguenza dell'Intervento Chirurgico stesso), cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'Intervento Chirurgico (escluse le spese alberghiere), purché effettuati successivamente e inerenti il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale stesso.</p> <p>B. <u>Parto Fisiologico, Parto Cesareo / Aborto Terapeutico</u> Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto. Le spese vengono rimborsate entro il limite del submassimale indicato nell'opzione prescelta (Easy o Top) e senza applicazione di Scoperti/Franchigie.</p> <p>C. <u>Chirurgia refrattiva</u> Limitatamente agli interventi effettuati per: - anisometropia superiore a 4 diottrie; o - difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 diottrie vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto A. Le spese vengono rimborsate entro il limite del submassimale indicato nell'opzione prescelta (Easy o Top) e senza applicazione di Scoperti/Franchigie. Ai fini della validità della presente Garanzia non viene applicata l'esclusione relativa alle cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici.</p> <p>D. <u>Neonato</u> Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto A. per il neonato, fermo il submassimale indicato nell'opzione prescelta (Easy o Top). Per l'operatività della presente garanzia deve essere assicurato almeno uno dei due genitori. Il neonato verrà incluso gratuitamente nella Polizza del genitore se è stato acquistato il Modulo Assicurativo "Rimborso Spese Mediche" e fino alla scadenza annuale della Polizza del genitore: - per le sole Garanzie ospedaliere incluse nel Modulo Assicurativo "Rimborso Spese Mediche"; - condividendo gli stessi Massimali delle Garanzie ospedaliere in essere per il genitore, fermo il submassimale del neonato indicato nell'opzione prescelta (Easy o Top); - fermi gli Scoperti, Franchigie, Termini di Carenza e Condizioni di Assicurazione. Durante il periodo di gratuità per il neonato sono riconosciuti solo gli interventi per l'eliminazione o correzione di Malformazioni congenite e Difetti Fisici eseguiti entro il primo anno di età, fermo il submassimale. Al rinnovo della Polizza del genitore, per poter usufruire dell'Assicurazione, per il neonato, dovrà essere compilato il Questionario Sanitario e, se assicurabile, dovrà essere corrisposto il relativo Premio e i Termini di Carenza non verranno ricalcolati.</p>
--------------------------------------	---

<p>Rimborso spese mediche</p>	<p>Vengono rimborsate, senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, le spese sostenute a titolo di ticket sanitario, fermi i limiti previsti dall'opzione prescelta (Easy o Top).</p> <p><u>E. Indennità Sostitutiva</u></p> <p>In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico l'Assicuratore riconosce all'Assicurato un'Indennità Sostitutiva, se le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. In caso di Ricovero, al fine del calcolo dei giorni, vengono calcolati i pernottamenti. Tale indennità viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery.</p> <p>L'Indennità Sostitutiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - viene pagata senza applicazione di Scoperti/Franchigie, fermi i limiti previsti nell'opzione prescelta (Easy e Top); - non è riconosciuta in caso di permanenza nei locali del Pronto Soccorso/astanteria qualora ad essa non consegua il Ricovero nella medesima struttura sanitaria. <p>Qualora le spese siano solo in parte a carico del SSN, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva o il Rimborso delle spese rimaste a suo carico.</p> <p>Sono inoltre riconosciute le SPESE PRE e SPESE POST come descritte al precedente punto A. senza applicazione di Scoperti/Franchigie, fermo il limite per Evento previsto dall'opzione prescelta (Easy e Top).</p> <p><u>Inoltre sono ricomprese se pertinenti il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale stesso:</u></p> <p>a) <u>Spese per il vitto e pernottamento dell'accompagnatore</u></p> <p>Vengono rimborsate le spese relative al vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di Cura o struttura alberghiera (ove non sussista la disponibilità in Istituto di Cura), con il limite giornaliero e con il massimo di giorni, a seconda dell'opzione prescelta (Easy o Top) e senza applicazione di Scoperti/Franchigie.</p> <p>b) <u>Spese per il Trasporto dell'Assicurato</u></p> <p>Vengono rimborsate le spese relative al trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero, con il limite, a seconda dell'opzione prescelta (Easy o Top) e senza applicazione di Scoperti/Franchigie.</p> <p>Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della Struttura Operativa, in base alle condizioni del paziente.</p> <p>c) <u>Rimpatrio della salma</u></p> <p>Vengono rimborsate le spese per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato all'Estero a seguito di Malattia o Infortunio, con il limite, a seconda dell'opzione prescelta (Easy o Top) e senza applicazione di Scoperti/Franchigia.</p> <p>Sono escluse le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.</p>
<p>MODULI ASSICURATIVI AGGIUNTIVI</p>	
<p>Accertamenti diagnostici</p>	<p>In caso di spese sostenute per Accertamenti Diagnostici effettuati dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza, NET INSURANCE S.p.A riconosce un rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati dall'assicurazione.</p> <p>Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti.</p>
<p>Visite Specialistiche Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi</p>	<p>In caso di spese sostenute per Visite Specialistiche, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi e Assistenza Infermieristica domiciliare effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza, NET INSURANCE S.P.A.</p>

Assistenza Infermieristica domiciliare	<p>riconosce un rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati dall'assicurazione.</p> <p>Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti.</p>
Lenti e occhiali	<p>NET INSURANCE S.P.A. riconosce all'Assicurato le spese per l'acquisto di lenti ed occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive fino concorrenza del Massimale annuo e con i limiti indicati alla tabella indicata nelle Condizioni di Assicurazione.</p> <p>La richiesta di rimborso per le lenti a contatto correttive dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'Anno Assicurativo.</p>
Prevenzione - Check Up	<p>Questa garanzia è esclusa per Assicurati di età inferiore a 30 anni.</p> <p>Il pacchetto Prevenzione – Check Up dovrà essere effettuato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in un'unica seduta; - una volta all'anno presso Strutture Convenzionate, attivando preventivamente il Regime Diretto con la Struttura Operativa;
MODULO ASSICURATIVO DENTAL	
Dental	<p>Questa garanzia è esclusa per Assicurati di età inferiore a 3 anni.</p> <p>A seconda dell'opzione prescelta (Base o Medium e se integrate le cure di 3° livello) ed entro i limiti e i vincoli indicati nelle tabelle "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" indicate nelle Condizioni di Assicurazione, NET INSURANCE S.P.A. riconosce le spese odontoiatriche effettuate dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa, fermi i Termini di Carenza, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuti in corso di contratto (resta inteso che la prevenzione odontoiatrica non è resa necessaria da Malattia o Infortunio).</p> <p>Le cure odontoiatriche sono così suddivise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita e Prevenzione prestazioni di Prevenzione Dentaria che dovranno essere effettuate in un'unica soluzione e nei limiti indicati nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate". • Cure dentarie cure dentarie di 1°, 2° e 3° Livello, alcune prestazioni devono essere comprovate da Radiografia (RX) o altre certificazioni, come indicato nelle tabelle "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" alla voce "Vincoli tecnici". <p>Fermo restando i limiti temporali alle prestazioni ed i vincoli tecnici previsti nelle tabelle "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate", l'Assicuratore garantisce all'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le prestazioni di "Visita e Prevenzione" e le cure di 1°, 2° Livello sia presso Strutture Convenzionate attivando preventivamente il Regime Diretto sia presso Strutture non Convenzionate oppure in regime SSN; • le cure di 3° Livello solo presso Strutture Convenzionate attivando preventivamente il Regime Diretto oppure in regime SSN. <p>Le prestazioni usufruite presso le Strutture Convenzionate attivando il Regime Diretto sono gratuite per l'Assicurato.</p> <p>Nel caso in cui l'Assicurato opti per le Strutture non Convenzionate (Regime Rimborsuale), l'importo massimo riconosciuto dall'Assicuratore non potrà essere superiore all'importo presente nella colonna "Tariffa" della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate".</p> <p>Nel caso di utilizzo del S.S.N. è previsto il Rimborso al 100% del ticket, fermo i limiti indicati nella colonna "Tariffa" delle tabelle "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate".</p>
Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
Forma di Copertura	<p>Il Contraente può stipulare il presente contratto optando per la forma di copertura INDIVIDUALE, in tal caso il contratto prevederà un solo Assicurato (anche diverso dal Contraente), oppure optando per la forma di copertura NUCLEO nella quale sono assicurabili da un minimo di 2 ad un massimo di 8 persone per Polizza, facenti parte dello stesso Nucleo</p>

	Familiare, in tal caso i premi di ciascun Assicurato beneficeranno di uno sconto automatico del 15%. Lo sconto rimane valido sempre che venga mantenuta la forma di copertura "NUCLEO".
Acquisto di due o più Moduli Assicurativi	L'Assicuratore riconosce sul Premio imponibile di Polizza uno sconto del 10% qualora il Contraente acquisti due o più Moduli Assicurativi (sia per l'acquisto di un Modulo Base + almeno un Modulo Aggiuntivo o il Modulo Dental, sia per l'acquisto di due Moduli Base) Al rinnovo lo sconto rimane valido sempre che ci siano almeno due Moduli Assicurativi acquistati.



Che Cosa NON è assicurato?

Esclusioni	<p>Per i Moduli Assicurativi Base "Indennità giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche" e per i Moduli Assicurativi Aggiuntivi "Visite Specialistiche", "Accertamenti Diagnostici", "Lenti / Occhiali" e "Prevenzione - Check Up", l'Assicurazione non è operante per:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. le Patologie Preesistenti, fatta eccezione della Garanzia "Lenti/Occhiali" per le quali non si applica l'esclusione; b. gli stati invalidanti, gli Infortuni accaduti prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché i relativi postumi; c. le prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> • non incluse in garanzia secondo quanto indicato nelle Condizioni di Assicurazione. • senza l'indicazione della diagnosi accertata o sospetta (per la sola garanzia "Prevenzione - Check Up" non è richiesta alcuna diagnosi); • effettuate per familiarità o predisposizione genetica; • non effettuate presso Istituti di Cura, Centri Medici o da medici specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche; • sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli Interventi Chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali; • necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa; d. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o Malformazioni Congenite, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore ad un anno assicurati dalla nascita; nonché le patologie ad esse correlate; e. le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche; f. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (ad esempio: visita ginecologica, visita oculistica), i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatria di routine. Le prestazioni di "Check Up" non sono intese come spese di routine e/o controllo; g. le spese sostenute: <ul style="list-style-type: none"> • presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale; • a fronte di espianto da donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi in caso di trapianti; • per amniocentesi o villocentesi se non vi è la presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante sotto i 35 anni di età; h. gli interventi di Chirurgia Bariatrica per curare l'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III grado (indice di massa corporea uguale o superiore a 40), nonché le prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica; i. le prestazioni e gli interventi non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia e Infortunio; j. Ricoveri Impropri e Ricoveri per Lungodegenza;
-------------------	--

<p>Esclusioni</p>	<p>k. trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie Mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;</p> <p>l. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina Sperimentale e Medicina Alternativa o Complementare;</p> <p>m. l'interruzione volontaria della gravidanza, è comunque compreso l'Aborto Terapeutico;</p> <p>n. le applicazioni di carattere estetico, trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati a scopo ricostruttivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età; • a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza; • a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna; <p>o. gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;</p> <p>p. le conseguenze di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale; • qualsiasi atto di terrorismo; • terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti; <p>q. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi,</p> <p>r. le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale;</p> <p>s. qualsiasi malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'H.I.V., nonché le malattie sessualmente trasmesse;</p> <p>t. gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;</p> <p>u. gli Infortuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose; • derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti; • derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paracadenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), rafting, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (freeclimbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, mountain bike e "downhill"; <p>Sono escluse dalla Garanzia "Accertamenti diagnostici" le seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ecografie o qualsiasi altro Accertamento per il controllo della gravidanza; • test genetici prenatali non invasivi (come Harmony test, Prenatal Safe);
--------------------------	---

- accertamenti finalizzati a cure odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio per Covid-19 a titolo esemplificativo ma non esaustivo: tampone molecolare/PCR real time, tampone antigenico, test sierologico.

Sono escluse dalla Garanzia "Visite Specialistiche / Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi / Assistenza Infermieristica domiciliare" le seguenti prestazioni:

- visite pediatriche di controllo;
- visite eseguite da professionisti con specializzazione in Medicina Generale;
- visite odontoiatriche e ortodontiche necessarie per motivi diversi da Infortunio.

Sono escluse dalla Garanzia "Lenti / Occhiali":

- le lenti "usa e getta" e lenti estetiche
- le spese relative a liquidi per la pulizia e simili (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa di lenti e occhiali)

L'Assicurazione esclude le Patologie Preesistenti (Malattie già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche o esami clinici strumentali e di laboratorio prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché le relative complicanze, conseguenze dirette o indirette) per i primi tre anni consecutivi di copertura, fatta eccezione della garanzia "Lenti e Occhiali" e delle cure di 1° e 2° Livello incluse nel Modulo Assicurativo "Dental" che vengono rimborsate secondo le Condizioni di Assicurazione.

Trascorso tale periodo l'Assicuratore riconosce le spese mediche sostenute per Patologie Preesistenti in misura pari al:

- 35% dell'importo indennizzabile secondo le Condizioni di Assicurazione e fino ad un massimo di € 10.000 per anno per persona, a partire dal quarto anno di copertura ininterrotta;
- 60% dell'importo indennizzabile secondo le Condizioni di Assicurazione e fino ad un massimo di € 20.000 per anno per persona, a partire dal sesto anno di copertura ininterrotta;

Il Massimale per Anno Assicurativo di € 10.000 e € 20.000 è da intendersi quale importo unico per tutte le Garanzie (ospedaliere, extraospedaliere e dentarie) incluse nel/i Modulo/i Assicurativo/i prescelto/i", fermi i limiti, Massimali, limiti tariffari e submassimali previsti dalle singole Garanzie.

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, qualora in occasione dei rinnovi annui il Contraente volesse includere nuovi Moduli Assicurativi Base e/o Aggiuntivi i Termini di Carenza verranno calcolati dalle ore 24 della data di decorrenza dell'appendice alla Polizza per l'inclusione dei nuovi Moduli Assicurativi, fatta eccezione per le Garanzie in essere che manterranno le Date di Decorrenza del contratto precedente.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con il presente Assicuratore, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa) i Termini di Carenza di cui sopra vengono calcolati dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, in riferimento:

- alle maggiori somme assicurate per Garanzie già previste nella precedente copertura;
- alle Garanzie non previste nella precedente copertura;
- alle nuove persone assicurate.

Per il solo neonato che viene incluso gratuitamente nel Modulo Assicurativo "Rimborso Spese Mediche" del genitore, la carenza di 30 giorni prevista per i Moduli Assicurativi Base decorre dalla data di nascita indipendentemente dalla data d'ingresso in copertura.

Esclusioni

Esclusioni	<p>Alla scadenza della Polizza del genitore, qualora il neonato venisse incluso in copertura e la carenza prevista non fosse completamente esaurita la stessa verrà calcolata per i giorni rimanenti.</p>
	<p>Per il Modulo Assicurativo "Dental", l'Assicurazione non è operante per:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. le Patologie Preesistenti nonché le relative complicanze e conseguenze dirette e indirette, relativamente alle sole Cure di 3° Livello. Per le sole Cure di 1° e 2° Livello non si applica l'esclusione; b. gli stati invalidanti, gli Infortuni accaduti prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché i relativi postumi, relativamente alle sole Cure di 3° Livello. Per le sole Cure di 1° e 2° Livello non si applica l'esclusione; c. tutte le prestazioni e i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione; d. i controlli di routine e/o check-up, salvo quanto previsto per il Livello "Visita e prevenzione"; e. le prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> • odontoiatriche non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" a seconda dell'opzione prescelta; • eseguite esclusivamente a scopo estetico; • di rimozione chirurgica di impianti e parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che removibile; f. le estrazioni di denti decidui (da latte); g. le spese sostenute: <ul style="list-style-type: none"> • presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale; • le spese sostenute in conseguenza di Malattie Mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; h. trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia; i. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca; j. le cure ed interventi relativi a infezioni da HIV e sindromi correlate con o senza AIDS; k. le conseguenze di: <ul style="list-style-type: none"> • guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale; • qualsiasi atto di terrorismo; • terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti; l. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico; m. gli Infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni; n. gli Infortuni: <ul style="list-style-type: none"> • derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paragenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), rafting, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (freeclimbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), football americano, hockey a rotelle e su

<p>Esclusioni</p>	<p>ghiaccio, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, mountain bike e "downhill";</p> <ul style="list-style-type: none"> • sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose • derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti. <p>In relazione al Modulo Assicurativo Dental, le prestazioni per la Malattia saranno operanti ed effettive per le Cure di 3° Livello:</p> <ol style="list-style-type: none"> dopo i primi 6 mesi dalla Data di Decorrenza; dal 7° al 12° mese dalla Data di Decorrenza della Polizza con il 50% di Rimborso della "Tariffa" indicata nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate"; dalla seconda annualità consecutiva della Polizza con il 75% di Rimborso della "Tariffa" indicata nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate"; dalla terza annualità consecutiva della Polizza con il 100% di Rimborso della "Tariffa" indicata nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate"; <p>Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con il presente Assicuratore, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa) i Termini di Carenza di cui sopra vengono calcolati dalla Data di Decorrenza della Polizza sostituita, in riferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alle prestazioni odontoiatriche non previste nella precedente copertura; - alle nuove persone assicurate.
--------------------------	--



Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni.

Di seguito vengono esposte le tabelle riepilogative dei limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti per ogni garanzia.

GARANZIE	SCOPERTI	CARENZE	LIMITI DI INDENNIZZO
<p>Indennità Sostitutiva (SSN o Privato)</p>	<p>---</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>	<p>Opzione EASY</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ricovero con / senza intervento chirurgico: 100€ per ciascun giorno di ricovero con un massimo di 200 giorni - Day Hospital / Day surgery: 50€ con un massimo di 50 giorni <p>Opzione TOP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ricovero con / senza intervento chirurgico: 200€ per ciascun giorno di ricovero con un massimo di 200 giorni - Day Hospital / Day surgery: 100€ con un massimo di 50 giorni <p>Le somme si intendono applicate per persona e per Anno Assicurativo.</p>

GARANZIE	SCOPERTI	CARENZE	LIMITI DI INDENNIZZO
Surgical cash	---	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.	Vedi tabella seguente*:

*Limiti di Indennizzo – Tabella Surgical Cash

Indennizzo differenziato per 7 Classi in funzione della complessità dell'Intervento

Gli indennizzi per intervento chirurgico si intendono applicati per persona e per Anno Assicurativo.

Opzione EASY		
Classe di Intervento	Privato (€)	SSN (€)
I	100	50
II	200	100
III	500	250
IV	1.000	500
V	2.000	1.000
VI	4.000	2.000
VII	8.000	4.000

Opzione TOP		
Classe di Intervento	Privato (€)	SSN (€)
I	200	100
II	400	200
III	1.500	750
IV	2.000	1.000
V	4.000	2.000
VI	8.000	4.000
VII	15.000	7.500

GARANZIE	SCOPERTI	CARENZE	LIMITI DI INDENNIZZO
Rimborso spese mediche	Vedi tabella seguente*:	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.	Vedi tabella seguente*:

*Limiti di Indennizzo – Tabella Rimborso spese mediche

Opzione EASY	
Massimale per Anno Assicurativo per persona	
Ricovero con / senza Intervento Chirurgico Day Hospital / Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale	€ 100.000
Condizioni di Rimborso	
Strutture Convenzionate (Regime Diretto)	Rimborso al 100%
Strutture non Convenzionate (Regime Rimborsuale) Ricovero con / senza Intervento Chirurgico	Applicazione di uno Scoperto del 20%
Strutture non Convenzionate (Regime Rimborsuale) Day Hospital / Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Applicazione di una Franchigia di € 200
Limite temporale Spese PRE e POST	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi
Limite Rette di Degenza (per le sole Strutture non Convenzionate)	€ 350 al giorno
Submassimali (è inclusa retta di degenza)	
Parto fisiologico	€ 2.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Parto cesareo / Aborto terapeutico	€ 4.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Chirurgia refrattiva	€ 1.000 per occhio (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Neonato	€ 50.000 (con applicazione di Scoperti / Franchigie)
Indennità Sostitutiva	
Indennità Sostitutiva Ricovero	€ 150 al giorno per Ricovero
Indennità Sostitutiva Day Hospital/Day Surgery	€ 75 al giorno
per tutte le indennità è previsto un massimo di 200 giorni l'anno	
Spese PRE e POST Indennità Sostitutiva	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi (Rimborso al 100%)
Spese per il vitto e pernottamento dell'accompagnatore	

Vitto e pernottamento dell'accompagnatore	€ 50 al giorno per un massimo di 50 giorni l'anno
Spese per il Trasporto dell'Assicurato	
Trasporto dell'Assicurato	€ 3.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Rimpatrio della salma	
Rimpatrio della salma	€ 3.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Spese mediche per Ticket SSN	
Ticket SSN	Rimborso al 100%

Opzione TOP

Massimale per Anno Assicurativo per persona	
Ricovero con / senza Intervento Chirurgico Day Hospital / Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale	€ 400.000
Condizioni di Rimborso	
Strutture Convenzionate (Regime Diretto)	Rimborso al 100%
Strutture non Convenzionate (Regime Rimborsuale) Ricovero con / senza Intervento Chirurgico	Applicazione di uno Scoperto del 20%
Strutture non Convenzionate (Regime Rimborsuale) Day Hospital / Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Applicazione di una Franchigia di € 200
Limite temporale Spese PRE e POST	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi
Limite Rette di Degenza (per le sole Strutture non Convenzionate)	€ 350 al giorno
Submassimali (è inclusa retta di degenza)	
Parto fisiologico	€ 4.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Parto cesareo / Aborto terapeutico	€ 6.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Chirurgia refrattiva	€ 1.500 per occhio (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Neonato	€ 50.000 (con applicazione di Scoperti / Franchigie)
Indennità Sostitutiva	
Indennità Sostitutiva Ricovero	€ 250 al giorno per Ricovero
Indennità Sostitutiva Day Hospital/Day Surgery	€ 125 al giorno
per tutte le indennità è previsto un massimo di 200 giorni l'anno	
Spese PRE e POST Indennità Sostitutiva	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi (Rimborso al 100%)
Spese per il vitto e pernottamento dell'accompagnatore	
Vitto e pernottamento dell'accompagnatore	€ 100 al giorno per un massimo di 50 giorni l'anno
Spese per il Trasporto dell'Assicurato	
Trasporto dell'Assicurato	€ 3.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Rimpatrio della salma	
Rimpatrio della salma	€ 3.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Spese mediche per Ticket SSN	
Ticket SSN	Rimborso al 100%

GARANZIE	SCOPERTI	CARENZE	LIMITI DI INDENNIZZO
Accertamenti diagnostici	<ul style="list-style-type: none"> - 15% in strutture convenzionate (Regime Diretto); - 25% in strutture non convenzionate (Regime Rimborsuale). 	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.	Massimale annuo: € 5.000 Massimali e limiti si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona.

	- Ticket SSN: senza alcuno scoperto (rimborso al 100%).		
GARANZIE	SCOPERTI	CARENZE	LIMITI DI INDENNIZZO
Visite Specialistiche Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi Assistenza Infermieristica domiciliare	Per visite specialistiche e trattamenti fisioterapici e rieducativi - 15% in strutture convenzionate (Regime Diretto); - 25% in strutture non convenzionate (Regime Rimborsuale). - Ticket SSN: senza alcuno scoperto (rimborso al 100%) Per assistenza infermieristica domiciliare nessuno scoperto	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.	Massimale annuo per visite specialistiche e trattamenti fisioterapici e rieducativi: € 1.500 per persona. Submassimale per assistenza infermieristica domiciliare: € 50 (senza applicazione di scoperti e franchigie).
GARANZIE	SCOPERTI	CARENZE	LIMITI DI INDENNIZZO
Lenti e occhiali	Scoperto del 15%	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.	Massimale: € 400 per Anno Assicurativo e per persona.
GARANZIE	SCOPERTI	CARENZE	LIMITI DI INDENNIZZO
Prevenzione Check Up	Scoperto del 15%	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.	Vedi tabella seguente*:

*Limiti di indennizzo - Tabella prestazioni incluse nel pacchetto Ccheck-up

Donna	Uomo
Esami di laboratorio - Azotemia - Cloremia Sodemia Potassemia - Colesterolo totale (LDL e HDL) - Creatinina - Emocromo con formula - Gamma GT - Glicemia - PCR - T3 – T4 – THS - Transaminasi - Trigliceridi - Uricemia - Esami urine completo Pap test Ecografia Mammaria/Mammografia (quest'ultima > 40 anni) Antigene HbsAG – Ab Anti HbsAG Ecografia addominale inferiore	Esami di laboratorio - Azotemia - Cloremia Sodemia Potassemia - Colesterolo totale (LDL e HDL) - Creatinina - Emocromo con formula - Gamma GT - Glicemia - PCR - T3 – T4 – THS - Transaminasi - Trigliceridi - Uricemia - Esami urine completo E.C.G. (Elettrocardiogramma) PSA (> 40 anni) Antigene HbsAG – Ab Anti HbsAG Ecografia addominale inferiore

GARANZIE	SCOPERTI	CARENZE	LIMITI DI INDENNIZZO
Dental	Esclusivamente per le Cure di 3° Livello: <ul style="list-style-type: none"> dal 7° al 12° mese dalla Data di Decorrenza della Polizza: scoperto 50%; durante la 2^a annualità consecutiva della Polizza: scoperto del 25%. 	Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, le prestazioni saranno operanti ed effettive per: <ul style="list-style-type: none"> gli Infortuni dalle ore 24 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione; la Malattia: Cure di 3° Livello: dopo i primi 6 mesi dalla Data di decorrenza della Polizza; 	Vedi tabella seguente*:

*Limiti di indennizzo - Tabella delle prestazioni odontoiatriche assicurate

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE – VISITA E PREVENZIONE

Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	Gratuita presso Strutture Convenzionate (non prevista se utilizzate Strutture non Convenzionate)	1 ogni 12 mesi in un'unica soluzione	
Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale	€ 45,00		
Ionofluorizzazione; Applicazione ionitopiche e oligoelementi	€ 20,00		

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE – CURE 1° LIVELLO

Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	Gratuita presso Strutture Convenzionate (non prevista se utilizzate Strutture non Convenzionate)	2 ogni 12 mesi	Se non già compresa nella prestazione
Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	€ 22,00		
Radiografia: Endorale per due elementi vicini	€ 22,00		
Radiografia: Per ogni radiogramma endorale aggiuntiva	€ 17,00		Se non già compresa nella prestazione
Otturazione per carie semplice	€ 40,00		

Otturazione per carie profonde: Cavità di II classe Black 2 pareti	€ 70,00	2 ogni 12 mesi	
Otturazione per carie profonde: Cavità di III classe	€ 70,00		
Otturazione per carie profonde: Cavità di IV classe	€ 85,00		
Otturazione per carie complesse	€ 85,00		
Estrazione semplice di dente o radice	€ 30,00	2 ogni 12 mesi	
Estrazione complicata di dente o radice	€ 45,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
Estrazione in inclusione ossea parziale	€ 85,00		
Estrazione in inclusione ossea totale	€ 151,00		
Devitalizzazione Monocanalare: Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per un canale	€ 70,00	1 ogni 12 mesi	Comprovate da RX
Devitalizzazione Bicanalare: Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per due canali	€ 110,00	1 ogni 12 mesi	
Devitalizzazione Tricanalare: Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per tre canali	€ 160,00	1 ogni 12 mesi	
Devitalizzazioni: Medicazioni canalari e sedute per apacificazione	€ 35,00	Se necessaria per prestazioni coperte in Polizza	
Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica	€ 40,00	1 ogni 12 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE – CURE 2° LIVELLO

Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	Gratuita presso Strutture Convenzionate (non prevista se utilizzate Strutture non Convenzionate)		
Ortopantomografia (2 arcate)	€ 45,00	2 ogni 12 mesi	
Apicectomia con lembo	€ 160,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
Rizotomia	€ 110,00	2 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
Frenulectomia	€ 140,00	3 ogni 12 mesi	Comprovata da RX o foto digitale endorale
Asportazione epulidi con resezione bordo con lembo	€ 185,00		
Scappucciamento osteomucoso dente incluso	€ 50,00		
Preparazione arcate per protesi: Livellamento creste alveolari	€ 105,00		
Asportazioni cisti mascellari	€ 400,00		
Molaggio selettivo – Lieve rimodellamento di alcuni denti che impediscono la corretta chiusura	€ 280,00	1 sola volta	

Placca di svincolo	€ 275,00	1 ogni 24 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio
--------------------	----------	----------------	--

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE – CURE 3° LIVELLO

Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Gengivectomia per 4 denti	€ 145,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX o foto digitale endorale
Chirurgia ossea resettiva con lembo di accesso	€ 415,00	1 ogni 5 anni	Comprovata da foto digitale endorale
Innesto autogeno singolo incluso lembo	€ 440,00	1 sola volta per arcata	
Innesto autogeno multiplo incluso lembo	€ 485,00		
Innesto materiale biocompatibile singolo incluso lembo	€ 520,00	1 sola volta per arcata	
Innesto materiale biocompatibile multiplo incluso lembo	€ 570,00		
Intarsio oclusale lega preziosa	€ 205,00	2 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	
Intarsio od – om in lega preziosa	€ 275,00		
Intarsio mod in lega preziosa	€ 275,00		
Onlay in lega non preziosa	€ 275,00		
Onlay in lega preziosa	€ 370,00		
Onlay in ceramica vetrosa	€ 370,00		
Vite a moncone fisso osteointegrabile	€ 570,00	1 ogni 12 mesi non più ripetibile sullo stesso elemento	Dental scan pre-impianto ed RX post-impianto
Impianto a vite metallo biotollerabile	€ 540,00		
Impianto a lama a moncone fisso	€ 490,00		
Impianto a lama a moncone mobile	€ 540,00		
Moncone pilastro	€ 170,00	3 ogni 12 mesi non più ripetibile sullo stesso elemento	
Corona fissa in lega preziosa e resina	€ 345,00	2 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
Corona in ceramica – lega preziosa	€ 520,00	2 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	
Corona provvisoria giacca in resina	€ 35,00	2 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	
Corona provvisoria in resina con cappa lega preziosa	€ 80,00	1 ogni 12 mesi	

		non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	
Perno moncone lega preziosa fuso (struttura inserita nella radice per ricreare il moncone dentario su cui applicare la protesi)	€ 185,00	2 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	
Protesi mobile parziale un elemento + ganci	€ 55,00	1 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
Elemento aggiuntivo	€ 36,00	1 ogni 5 anni solo correlata al Codice SD87	
Scheletrato per struttura (Protesi mobile con struttura in lega metallica)	€ 520,00	1 ogni 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
Per elemento applicato	€ 60,00	1 ogni 5 anni solo correlata al Codice SD90	
Dentiera: Protesi mobile totale per arcata – denti in resina	€ 685,00	1 ogni 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
Rimodellamento della protesi per adesione arcate	€ 145,00	1 ogni 5 anni	

La numerosità delle prestazioni si intende per persona e per Anno Assicurativo.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Per **DENUNCIARE UN SINISTRO** relativo ai Moduli Assicurativi Base "Indennità Giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche", ai Moduli Assicurativi Aggiuntivi "Visite Specialistiche", "Accertamenti Diagnostici", "Lenti / Occhiali" e "Prevenzione – Check Up") o relativo al Modulo Assicurativo "Dental"

- Per telefono: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle h. 8.30 alle h. 18.00 (da contattare anche per chiarimenti)
- Per e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare MyAssistance presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Struttura Operativa di MyAssistance entro 10 giorni dal verificarsi dell'evento.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Struttura Operativa di MyAssistance, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

Cosa fare in caso di sinistro?

Utilizzando le Strutture Convenzionate (struttura sanitarie e medico/equipe medica devono essere entrambi convenzionati) l'Assicurato ha sempre l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Struttura Operativa – almeno 2 giorni prima - l'autorizzazione al Regime Diretto. In mancanza dell'autorizzazione il servizio non è operante.

Il preavviso di 2 giorni non è richiesto nei soli casi di comprovata urgenza.

La richiesta di Rimborso o il pagamento dell'Indennità Sostitutiva viene invece gestita dalla Struttura Operativa entro 10 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione da parte dell'Assicurato.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario delle prestazioni e il Rimborso / Indennizzo avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di Cura, da studio medico oppure da medico specialista, da un medico dentista iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri o da una struttura odontoiatrica.

Le prestazioni infermieristiche possono essere fatturate da infermiere professionista mentre i Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

Tutti i pagamenti nei confronti dell'Assicurato vengono effettuati a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente.

Per le spese sostenute all'estero i Rimborsi vengono sempre effettuati in Euro, applicando il cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Inglese, Francese, Spagnolo o Tedesco dovrà essere accompagnata di traduzione in italiano, eventuali oneri di traduzione rimangono a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del Sinistro in fotocopia, l'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici dell'Assicuratore e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Moduli Assicurativi Base "Indennità Giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche" e per i Moduli Assicurativi Aggiuntivi "Visite Specialistiche", "Accertamenti Diagnostici", "Lenti / Occhiali" e "Prevenzione - Check Up"

Documentazione da inviare per il Regime Diretto


Per richiedere l'autorizzazione al Regime Diretto, l'Assicurato ha l'obbligo d'inviare la prescrizione compilata dal medico di base o dallo specialista (in assenza della prescrizione potrà essere inviato il certificato o il referto) con le seguenti informazioni:


- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o presunta;
- in caso di regime ospedaliero: tipo d'intervento chirurgico da eseguire, se senza intervento, descrizione dell'iter diagnostico e terapeutico.
Per i soli Interventi Chirurgici Ambulatoriali di asportazione indicare anche il tipo di lesione, sede e dimensioni;
- in caso di regime extraospedaliero: tipo di prestazione da eseguire (es. visita ortopedica, ecografia addome completo etc.);
- in caso di Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi: la richiesta dovrà essere rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata che rende necessari i trattamenti stessi;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio: referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Per eseguire il pacchetto di prevenzione - check up l'Assicurato deve contattare la Struttura Operativa che provvederà, in accordo con l'Assicurato, a prenotare presso la Struttura Convenzionata prescelta l'appuntamento per eseguire il check up.</p> <p>Il Regime Diretto non è attivabile per i Moduli Assicurativi "Indennità Giornaliera", "Surgical Cash" e "Lenti / Occhiali".</p> <p>Al fine dell'autorizzazione al Regime Diretto, l'Assicuratore, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere documentazione medica aggiuntiva (es. esiti di esami strumentali).</p> <p><i>Restano a carico dell'Assicurato gli Scoperti/Franchigie, l'eccedenza di Massimali, nonché le prestazioni e le spese non previste dalla presente Assicurazione.</i></p> <p><i>Restano inoltre a carico dell'Assicurato le prestazioni non indicate o non correlate alla diagnosi e tutte le prestazioni sanitarie non espressamente autorizzate.</i></p> <p><i>Qualora l'Assicurato utilizzasse una Struttura Convenzionata senza attivare il Regime Diretto, il Rimborso verrà riconosciuto applicando quanto previsto per il Regime Rimborsuale.</i></p> <p>Documentazione da inviare per il Regime Rimborsale</p> <p>Per richiedere il Rimborso / Indennizzo, l'Assicurato – a cure ultimate - deve inviare quanto di seguito specificato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per il Rimborso delle spese relativa a Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale: <ul style="list-style-type: none"> - fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate; - cartella clinica completa e scheda di dimissioni ospedaliere (S.D.O.). <p>In caso d'Intervento Chirurgico Ambulatoriale, dettagliata relazione del medico specialista con indicata la patologia, il tipo d'intervento e le prestazioni effettuate;</p> • per l'Indennità Giornaliera cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliere (S.D.O.); • per il Rimborso delle Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici e Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi: <ul style="list-style-type: none"> - fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate. <p>La fattura emessa da studio medico o medico specialista, deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare congrua con la patologia accertata o sospetta;</p> - documentazione (prescrizione, o certificato o referto) compilata dal medico di base o dallo specialista con indicata la patologia accertata o sospetta. <p>Per i soli Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi la documentazione (prescrizione, o certificato o referto) dovrà essere rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia per la quale vengono richiesti i trattamenti;</p> • per l'Assistenza Infermieristica domiciliare prescrizione del medico di base o dello specialista; • per l'acquisto di lenti e occhiali e lenti a contatto, prescrizione prime lenti o modifica del visus compilata dal medico oculista o da ottico optometrista. <p>Per le lenti a contatto la richiesta di Rimborso deve essere presentata una sola volta a fine Anno Assicurativo;</p> • per le prestazioni rese necessarie da Infortunio: referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.). <p>Al fine della corretta valutazione del Sinistro, l'Assicuratore, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • documentazione medica aggiuntiva (es. esiti di esami strumentali); • la produzione degli originali della documentazione inviata.
--	---

<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Modulo Assicurativo “Dental”</p> <p>Documentazione da inviare per il Regime Diretto Per richiedere l'autorizzazione al Regime Diretto, l'Assicurato ha l'obbligo di contattare telefonicamente la Struttura Operativa di MyAssistance che prenoterà per conto dell'Assicurato l'appuntamento per la prima visita presso la Struttura Convenzionata scelta dall'Assicurato.</p> <p>Durante la prima visita sarà richiesto all'Assicurato di compilare con il medico dentista e di firmare il documento denominato Budget Cure Odontoiatriche (BCO), contenente tutte le prestazioni dentarie di cui necessita l'Assicurato.</p> <p>Per le sole cure di 3° livello, in occasione della prima attivazione della Polizza, il medico dentista dovrà compilare anche l'Odontogramma.</p> <p>Sia il BCO e l' Odontogramma saranno forniti da MyAssistance direttamente alla Struttura Convenzionata per l'approvazione delle prestazioni incluse nell'opzione acquistata.</p> <p>In caso di prestazione resa necessaria da Infortunio, l'Assicurato dovrà fornire alla Struttura Operativa referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. ortopantomografie – OPT-, radiografie).</p> <p>Al fine dell'autorizzazione al Regime Diretto, l'Assicuratore, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere documentazione medica aggiuntiva (es. esiti di esami strumentali).</p> <p>I trattamenti e le prestazioni non compresi nell'opzione acquistata verranno fatturati e saldati direttamente dall'Assicurato.</p> <p><i>Qualora l'Assicurato utilizzasse una Struttura Convenzionata senza attivare preventivamente il Regime Diretto con la Struttura Operativa, il Rimborso delle cure di 1° e 2° Livello verrà riconosciuto applicando quanto previsto per il Regime Rimborsuale.</i></p> <p><i>Tale regola non vale per le cure di 3° Livello, se l'Assicurato non attiva il Regime Diretto le cure non verranno rimborsate neppure applicando le modalità del Regime Rimborsuale.</i></p> <p>Documentazione da inviare per il Regime Rimborsale Per richiedere il Rimborso, l'Assicurato - a cure ultimate - deve inviare quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • modulo di rimborso, compilato in ogni sua parte e sottoscritto dall'Assicurato, con eventuale supporto del dentista. Il modulo di rimborso deve essere richiesto alla Struttura Operativa; • fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate, complete di dettaglio delle singole prestazioni effettuate, del relativo costo e della data in cui le singole prestazioni sono state eseguite. <p>Se la fattura riporta una data diversa rispetto a quella in cui sono state eseguite le prestazioni, per la rimborsabilità del Sinistro farà fede la data in cui sono state eseguite le singole prestazioni. Ferme le esclusioni previste nelle Condizioni di Assicurazione per il Modulo Assicurativo “Dental”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • evidenze cliniche (radiografie, ecc.), ove richieste alla voce “vincoli tecnici” della “Tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate”; • per le prestazioni rese necessarie da Infortunio: referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. ortopantomografie – OPT -, radiografie).
	<p>ASSISTENZA DIRETTA IN CONVENZIONE Enti/strutture convenzionate con l'Assicuratore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MyAssistance S.r.l., con sede legale in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano, c.f. 08667860972, quale società di servizi che provvede, per conto dell'Assicuratore, a pagare direttamente le strutture sanitarie e i medici chirurghi convenzionati, oppure a rimborsare gli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con le Strutture Convenzionate.

	PRESCRIZIONE I diritti derivanti dall'Assicurazione nei Rami Danni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Il pagamento dell'Indennizzo/Rimborso in caso di Sinistro viene riconosciuto dall'Assicuratore a ricezione di tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza.

 Quanto e come devo pagare?	
Premio	<p>Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni.</p> <p>Il Premio comprensivo dell'imposta sulle assicurazioni è determinato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per periodi di assicurazione di un anno; - sulla base dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Assicurazione; - dal numero delle persone assicurate all'interno della stessa Polizza; - dal numero di Moduli Assicurativi acquistati. <p>Per i Moduli Assicurativi "Lenti e Occhiali", "Prevenzione – Check Up" e "Dental" non è previsto alcun adeguamento per cambio fascia d'età.</p> <p>Fermo l'adeguamento automatico per fascia d'età, l'Assicuratore in ogni caso si riserva il diritto di modificare la tariffa adeguando il Premio di tutti gli Assicurati al rinnovo annuale della Polizza e in tal caso lo comunica al Contraente con almeno 60 giorni di anticipo rispetto alla scadenza dell'Anno assicurativo in corso. Se il Contraente non accetta l'incremento del Premio ha diritto di disdire il contratto entro 30 giorni prima della data di scadenza annuale dell'Assicurazione.</p> <p>Le variazioni del Premio saranno applicate dalla prima ricorrenza annuale dell'Assicurazione successiva alla comunicazione di variazione trasmessa al Contraente.</p>
Rimborso	<p>In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso d'Anno assicurativo per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - perdita dei requisiti di assicurabilità, - esercizio del diritto di ripensamento, previsto nel caso in cui il contratto sia stato concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza, <p>ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile, l'Assicuratore rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	<p>Il contratto può incorrere nella sospensione dell'operatività della garanzia nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - qualora il Contraente non abbia pagato il Premio alle scadenze convenute, la copertura sarà sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza della rata di Premio. Di conseguenza, a decorrere da tale momento, l'Assicurazione non sarà operante e pertanto l'Assicurato perderà il diritto di ricevere le Prestazioni Assicurate. <p>L'Assicurazione resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato provvederà al pagamento di tutti i Premi non pagati.</p> <p>L'Assicurazione terminerà automaticamente dopo 6 mesi dal mancato pagamento del Premio.</p>



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Qualora il contratto sia stato concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha facoltà di recedere dalla copertura assicurativa, nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio, comunicando all'Assicuratore la propria volontà, a sua scelta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a mezzo lettera raccomandata; • a mezzo posta elettronica certificata; <p>L'Assicuratore rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi.</p>
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto

<p>La Polizza NET MEDICAL INSURANCE è dedicata a coloro che vogliono proteggere loro stessi e/o le persone facenti parte del proprio Nucleo Familiare, dai rischi attinenti alla salute e che siano persone fisiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stabilmente residenti in Italia, • con età massima all'ingresso pari a 65 anni ed in uscita pari a 74 anni, <p>non affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.</p>
--



Quali costi devo sostenere?

<p>Sul Premio pagato, incidono i seguenti costi per l'intermediazione assicurativa, a carico del Contraente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quota parte del premio imponibile in valore percentuale, percepita in media per l'intermediazione assicurativa pari al 30,00%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere preliminarmente presentati per iscritto (posta, fax, email/PEC) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità:</p> <p>PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it Posta: NET INSURANCE S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA Fax: +39 06 89326.570</p> <p>avendo cura di indicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; • numero della polizza e nominativo del Contraente; • numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; • indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; • breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. <p>Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente.</p> <p>Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di</p>
----------------------------------	---

	<p>esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente.</p> <p>Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta.</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it</p>
All'IVASS	<p>Qualora il reclamante non abbia ricevuto risposta oppure ritenga la stessa non soddisfacente, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può scrivere all'IVASS (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, tutela.consumatore@pec.ivass.it) fornendo copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro anche utilizzando il modello presente nel sito dell'IVASS alla sezione "Per il Consumatore - come presentare un reclamo".</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it</p> <p>Eventuali reclami relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate.</p> <p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.netinsurance.it</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Laddove espressamente previsto dalle Condizioni di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti.</p> <p>Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa. La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.netinsurance.it</p>

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN TALI DOCUMENTI. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE ED ALL'ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA.



Sommario

GLOSSARIO	2
PREMESSA	6
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	6
Art. 1 - Struttura del Prodotto	6
Art. 2 – Moduli Assicurativi	6
Art. 3 - Esclusioni	17
Art. 4 - Patologie Preesistenti	20
Art. 5 - Termini di Carenza	20
NORME DI CARATTERE GENERALE COMUNI A TUTTE LE COPERTURE	21
Art. 6 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio	21
Art. 7 - Altre assicurazioni	22
Art. 8 - Assicurazione per conto altrui	22
Art. 9 - Persone Assicurabili	22
Art. 10 - Limiti di età	22
Art. 11 - Persone non assicurabili	22
Art. 12 - Effetto, durata e disdetta del contratto – Pagamento del Premio	22
Art. 13 - Mancato pagamento del Premio	23
Art. 14 – Determinazione e adeguamento del Premio	23
Art. 15 – Sconti	24
Art. 16 - Variazioni al contratto di Assicurazione	25
Art. 17 - Modifiche dell'Assicurazione	25
Art. 18 - Estensione territoriale	25
Art. 19 - Rinuncia alla rivalsa	25
Art. 20 - Forma delle comunicazioni	25
Art. 21 - Aggravamento del Rischio	26
Art. 22 - Diritto di recesso	26
Art. 23- Diritto di ripensamento (Recesso)	26
Art. 24 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente	26
Art. 25 - Oneri fiscali	26
Art. 26 - Limite massimo dell'Indennizzo	26
Art. 27 - Legge applicabile	26
Art. 28 - Termine di Prescrizione	26
GESTIONE DEL SINISTRO	26
Art. 29 - Cosa fare in caso di Sinistro - Recapiti	26
Art. 30 - Responsabilità	27
Art. 31 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro	27
Art. 32 - Documentazione da inviare per il Regime Diretto	28
Art. 33 - Restituzione delle somme indebitamente pagate	29
Art. 34 - Documentazione da inviare per il Regime Rimborsale	29
Art. 35 - Pagamento dell'Indennizzo/Rimborso dei Sinistri in Regime Rimborsuale	30
ALLEGATO 1. CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN CLASSI	31



GLOSSARIO

Per una corretta comprensione delle Condizioni di Assicurazione, consultare il significato convenzionale attribuito ai termini che seguono.

I termini che nel presente contratto sono indicati con la lettera iniziale maiuscola assumono il significato di seguito riportato.

I termini espressi al singolare valgono anche al plurale e viceversa.

Definizioni Comuni a tutte le coperture

Aborto Terapeutico

Interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

Accertamenti Diagnostici

Le analisi di laboratorio, le indagini cliniche e strumentali di alta specializzazione e diagnostica (con esclusione delle Visite Specialistiche) che possono essere effettuate anche in ambulatorio /Centro Medico volte a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia o Infortunio.

Anno assicurativo

Periodo continuativo calcolato in 12 mesi a partire dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza.

Assicurato

La persona fisica il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicuratore

Net Insurance S.p.A., Impresa di Assicurazioni.

Assicurazione

Il presente contratto di assicurazione con il quale l'Assicuratore copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un Sinistro, nei limiti stabiliti nelle Condizioni di Assicurazione.

Assistenza Infermieristica

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

Budget Cure Odontoiatriche (BCO)

Documento compilato dal dentista e sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme di tutte le prestazioni dentarie di cui necessita l'Assicurato.

Cartella Clinica

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, compilato durante la degenza, diurna o con pernottamento in Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centro Medico

Struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al Ricovero, Day Hospital / Day Surgery, non finalizzati al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alle normative vigenti, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Chirurgia Bariatrica

Detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi Chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Condizioni di Assicurazione

L'insieme dei termini e delle condizioni che regolano l'Assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione, nell'interesse proprio e/o di altre persone e su cui cade l'onere del pagamento del Premio.

Day Hospital / Day Surgery

La degenza senza pernottamento in Istituto di Cura, per terapie mediche (Day Hospital) e prestazioni chirurgiche (Day Surgery) di durata limitata e documentate da Cartella Clinica.

Data di Decorrenza

Data indicata sul Certificato di Assicurazione dalla quale l'Assicurazione è efficace, fatto salvo quanto previsto nei periodi di Carenza e se la prima rata di Premio è stata pagata, altrimenti è efficace dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio.

Difetto Fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite o acquisite durante lo sviluppo fisiologico.



Evento

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale.
- **Prestazioni Extra-ospedaliere** - l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente e relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.
- **Prestazioni Odontoiatriche:**
 - Cure di 1° e 2° Livello: la data in cui viene eseguita ogni singola prestazione odontoiatrica.
 - Cure di 3° Livello: tutte le prestazioni indicate in un unico piano di cure, compilato dal medico odontoiatra. La data evento è quella della prima prestazione odontoiatrica erogata e ricompresa nel piano di cure.

Franchigia

L'importo contrattualmente stabilito che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato si applica per Evento.

Garanzia

La copertura assicurativa, per la quale, in caso di Sinistro, l'Assicuratore procede all'indennizzo del danno subito dall'Assicurato e per la quale sia stato pagato il relativo Premio.

Indennità Giornaliera

Indennizzo forfettario giornaliero corrisposto all'Assicurato in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery sia in regime S.S.N. che privato.

Indennità Sostitutiva

Indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di Ricovero o Day Hospital/Day Surgery che non comporti il Rimborso delle spese sanitarie.

Indennizzo o Rimborso

La somma che la l'Assicuratore riconosce all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obbiettivamente constatabili.

Intermediario

Soggetto autorizzato a svolgere l'attività di distribuzione assicurativa, iscritto nel Registro Unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi tenuto presso l'IVASS.

Intervento Chirurgico

Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei

tessuti ovvero mediante utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Intervento di piccola chirurgia non in regime di Ricovero, Day Surgery, eseguito presso Istituto di Cura, Centro Medico o Studio medico chirurgico.

Istituto di Cura

Istituto Universitario, Ospedale, Casa di Cura, regolarmente autorizzati all'erogazione della assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri di benessere.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013

Livello

Insieme di prestazioni odontoiatriche raggruppate per complessità terapeutica.

Malattia

Ogni obiettivamente alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia Mentale

Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

Malformazione Congenita

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

La somma stabilita nella Polizza, fino alla concorrenza della quale, per ciascun Sinistro e Anno assicurativo, l'Assicuratore presta la garanzia.

Medicina Alternativa o Complementare

Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica; medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese; omotossicologia; chiropratica.

Modulo Assicurativo

Il pacchetto di Garanzie, scelto dall'Assicurato e indicato nel Certificato di Assicurazione.



MyAssistance S.r.l.

Società di servizi con sede in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano, che provvede, per conto dell'Assicuratore, a pagare direttamente le strutture sanitarie e i medici chirurghi convenzionati, oppure a rimborsare gli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con le Strutture Convenzionate.

Nucleo Familiare

Le persone fisiche facenti parte del medesimo Stato di Famiglia purchè siano i coniugi, i conviventi di fatto, gli uniti civilmente, nonché i relativi figli e genitori di ciascuno di essi, per un massimo di 8 (otto) persone all'interno dello stesso nucleo. Anche se non facenti parte del medesimo stato di famiglia sono assicurabili i figli non conviventi, fiscalmente e non fiscalmente a carico.

Odontogramma

Documento compilato dal medico dentista che riepiloga lo stato di salute della bocca dell'Assicurato.

Parte

L'Assicuratore ed il Contraente, quando riferiti singolarmente.

Parti

L'Assicuratore ed il Contraente, quando riferiti congiuntamente.

Patologie Preesistenti

Malattie già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche o esami clinici (strumentali e di laboratorio) prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché le relative complicanze, conseguenze dirette o indirette.

Polizza/Certificato di Assicurazione

Il documento firmato dal Contraente che prova l'Assicurazione e che riporta i dati anagrafici dell'Assicurato, le coperture assicurate, i Massimali, il Premio e la durata dell'Assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Prevenzione Dentaria

Prestazioni destinate a promuovere la salute orale, al fine di evitare la formazione di carie dentarie o malattie periodontali.

Questionario Sanitario

Documento contrattuale che consente di valutare lo stato di salute dell'Assicurando. Il documento deve essere compilato e firmato dall'Assicurando, se minorenni deve essere firmato da chi ne ha la rappresentanza legale.

Rami Danni

I rami di esercizio dell'attività assicurativa, diversi dal Ramo Vita.

Regime Diretto

Accesso, tramite preventiva attivazione di MyAssistance, ad una Struttura Convenzionata (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati). Il costo delle spese viene sostenuto dall'Assicuratore, in nome e per conto dell'Assicurato medesimo, nei limiti ed in conformità a quanto previsto dall'Assicurazione.

Regime Rimborsuale

Accesso da parte dell'Assicurato a Strutture non Convenzionate, richiedendo a cura ultimata il Rimborso delle spese sostenute.

Retta di Degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero Improprio

La degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Ricovero per Lungodegenza

Le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Rischio

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

Scoperto

La percentuale del danno che, in caso di Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

Set Informativo

L'insieme della documentazione contrattuale (DIP Base, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e Proposta di assicurazione) da consegnare al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.



Sinistro

Il verificarsi dell'Evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Sperimentale

Si intendono tutti i farmaci, trattamenti medici o chirurgici per i quali non sono terminate le fasi di sperimentazione e non hanno ancora ricevuto l'approvazione dall'ente preposto. Ai sensi del presente contratto di Assicurazione si equiparano a sperimentali anche i farmaci, trattamenti medici o chirurgici che, seppur approvati, avvengono al di fuori delle condizioni di autorizzazione rilasciate dagli enti preposti per patologia, combinazione di più farmaci, popolazione o posologia.

Sport Professionistico

Attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

S.S.N.

Servizio Sanitario Nazionale.

Strutture Convenzionate

Rete convenzionata con la società di servizi (MyAssistance S.r.l.), costituita da Ospedali, Istituti di Carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, medici specialisti, centri e studi odontoiatrici, medici odontoiatrici nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste.

Strutture non Convenzionate

Strutture non facenti parte della rete convenzionata con MyAssistance; con erogazione delle prestazioni in Regime Rimborsuale.

Struttura Operativa

La struttura di MyAssistance incaricata per la gestione e liquidazione dei Sinistri, costituita da medici, tecnici e

operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con l'Assicuratore, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato per l'organizzazione delle prestazioni e alla definizione dei Sinistri.

Surgical Cash

Indennità forfettaria prestabilita, per Intervento chirurgico reso necessario da Malattia o da Infortunio.

Termini di Carenza

Periodo successivo alla stipula dell'Assicurazione durante il quale le coperture non hanno effetto. Vuol dire che se il Sinistro avviene in quel periodo di tempo o il Ricovero o le cure odontoiatriche iniziano durante il periodo di carenza e proseguono oltre lo stesso, l'Assicurato non ha diritto all'Indennizzo.

Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita Specialistica

La visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine.



PREMESSA

NET MEDICAL INSURANCE:

- è una Polizza danni dedicata alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone;
- è un prodotto modulare che consente ai Clienti di costruire il pacchetto assicurativo che più soddisfi le loro esigenze di protezione, combinando i Moduli Assicurativi previsti dalla Polizza.

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine seguenti formano parte integrante della Polizza sottoscritta dal Contraente. L'Assicurazione vale esclusivamente per i Moduli Assicurativi riportati a stampa sul Certificato di Assicurazione, ed è prestata per i Massimali ivi indicati e/o nelle presenti Condizioni di Assicurazione per le singole Garanzie, fatte salve altresì le Franchigie, gli Scoperti e i limiti di Indennizzo che siano riportati in Polizza o all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Le coperture assicurative indicate sono operanti se richiamate in Polizza ed è stato pagato il relativo Premio.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 - Struttura del Prodotto

Il Contraente può scegliere di acquistare uno o più Moduli Assicurativi Base, ciascuno dei quali è integrabile con uno o più Moduli Assicurativi Aggiuntivi che prevedono il pagamento del relativo Premio.

I Moduli Assicurativi Aggiuntivi "Lenti e Occhiali" e "Prevenzione – Check UP" possono essere integrati solo se viene acquistato il Modulo Assicurativo Base "Rimborso Spese Mediche".

MODULI ASSICURATIVI BASE	MODULI ASSICURATIVI AGGIUNTIVI
Indennità Sostitutiva (SSN o Privato)	Visite Specialistiche
Surgical Cash	Accertamenti Diagnostici
Rimborso Spese Mediche	Prevenzione - Check Up
	Lenti e Occhiali

Per ogni Modulo Assicurativo Base il Contraente può scegliere tra due opzioni (Easy o Top) che differenziano tra di loro per Massimali e/o prestazioni.

E' previsto anche un Modulo Assicurativo "Dental" che può essere acquistato da solo oppure integrato ad uno o più Moduli Assicurativi Base.

Per il Modulo Assicurativo "Dental" il Contraente può scegliere tra due opzioni:

- Base: Prevenzione + Cure 1° Livello
 - Medium: Prevenzione + Cure 1° e 2° Livello
- Ciascuna delle due opzioni è integrabile con le cure di 3° Livello

Art. 2 – Moduli Assicurativi

i seguenti Moduli Assicurativi sono validi se è stato pagato il relativo Premio

L'Assicuratore riconosce nei limiti dei Massimali e delle Condizioni di Assicurazione, il Rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni sanitarie, rese necessarie da Malattia o Infortunio, accaduti successivamente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, fermi i Termini di Carenza (art. 5).

E' compreso il parto e l'Aborto Terapeutico, se richiamato nel Modulo Assicurativo acquistato.

I Massimali e limiti si applicano per persona e per Anno Assicurativo, salvo quanto descritto alla Garanzia "Neonato" (art. 2.3 lettera D).

Per il Modulo Assicurativo "Dental" il limite numerico delle prestazioni odontoiatriche si applica per persona e per Anno Assicurativo.

Le Garanzie incluse nei singoli Moduli Assicurativi sono descritte ai successivi punti.



Moduli Assicurativi Base

(vale il Modulo/i Assicurativo/i indicato/i nel Certificato di Assicurazione)

2.1 Indennità Giornaliera (in Istituto di Cura pubblico o privato)

L'Assicuratore riconosce, in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (compreso il parto e l'Aborto Terapeutico), Day Hospital / Day Surgery, resi necessari da Malattia o Infortunio, un'Indennità Giornaliera a seconda dell'opzione prescelta (Easy o Top), fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati alla tabella riepilogativa di seguito riportata "Massimali e limiti di copertura".

In caso di Ricovero, al fine del calcolo dei giorni, vengono calcolati i pernottamenti.

Il Ricovero, Day Hospital o Day Surgery devono essere erogati presso:

- Istituto di Cura privato o pubblico;
- Istituto di Cura privato in regime di convenzione con il SSN.

In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico iniziato durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa e terminato oltre il periodo di validità della stessa, L'Assicuratore riconosce l'Indennità Giornaliera fino alla data di dimissione dall'Istituto di Cura.

Massimali e limiti di copertura

Vale l'opzione prescelta e indicata nel Certificato di Assicurazione.

I Massimali si applicano per persona e per Anno Assicurativo.

INDENNITA' GIORNALIERA		
	Opzione EASY	Opzione TOP
Ricovero con / senza Intervento Chirurgico	100 € per ciascun giorno, per un massimo di 200 giorni l'anno	200 € per ciascun giorno, per un massimo di 200 giorni l'anno
Day Hospital / Day Surgery	50 € per un massimo di 50 giorni l'anno	100 € per un massimo di 50 giorni l'anno

2.2 Surgical Cash

L'Assicuratore riconosce, in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale, resi necessari da Malattia o Infortunio, un Indennizzo forfettario prestabilito a seconda dell'opzione prescelta (Easy o Top).

Gli Interventi Chirurgici sono identificati e classificati in 7 classi che prevedono indennizzi diversi a seconda della complessità dell'Intervento Chirurgico, e ad ognuno di essi è associato un Indennizzo come indicato nelle tabelle qui di seguito riportate (vale l'opzione prescelta e indicata nel Certificato di Assicurazione):

SURGICAL CASH					
Ricovero con intervento, Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale					
Indennizzo differenziato per 7 Classi in funzione della complessità dell'Intervento					
Opzione EASY			Opzione TOP		
Classe di Intervento	Privato (€)	SSN (€)	Classe di Intervento	Privato (€)	SSN (€)
I	100	50	I	200	100
II	200	100	II	400	200
III	500	250	III	1.500	750
IV	1.000	500	IV	2.000	1.000
V	2.000	1.000	V	4.000	2.000
VI	4.000	2.000	VI	8.000	4.000
VII	8.000	4.000	VII	15.000	7.500



Nel corso dell'Anno Assicurativo, per ogni singolo Assicurato, l'esposizione massima non potrà superare il doppio dell'Indennizzo previsto per la VII classe dell'opzione prescelta (Easy o Top).

Gli Interventi Chirurgici previsti dalla presente garanzia sono solo quelli elencati nell'Allegato 1 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi". Qualora sia descritta una patologia anziché una procedura chirurgica, deve sempre intendersi "intervento per" o "asportazione di".

In caso di Intervento Chirurgico non specificatamente indicato nell'Allegato 1 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi", l'attribuzione dell'Intervento Chirurgico per il quale è richiesto l'Indennizzo sarà stabilita con criterio analogico, secondo giudizio medico dell'Assicuratore, con riferimento al più simile tra gli Interventi Chirurgici elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica.

In caso di più Interventi Chirurgici, originati dalla stessa patologia ed effettuati allo stesso organo, arto o tessuto, l'Indennizzo previsto viene corrisposto dall'Assicuratore un'unica volta, nell'Anno Assicurativo cui il Sinistro è attribuibile.

Invece, nel caso in cui nel corso della stessa seduta operatoria vengano effettuati due o più Interventi Chirurgici, l'Assicuratore corrisponderà all'Assicurato un unico Indennizzo, prendendo come riferimento l'intervento con classe più elevata.

Nessun Indennizzo è previsto in caso di Intervento Chirurgico non identificabile sulla base delle regole che precedono.

2.3 Rimborso Spese Mediche

L'Assicuratore riconosce, in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (compreso il parto e l'Aborto Terapeutico), Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale, resi necessari da Malattia o Infortunio, il Rimborso delle spese sanitarie a seconda dell'opzione prescelta (Easy o Top), fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti indicati alle tabelle riepilogative di seguito riportate "Massimali e limiti di copertura".

Fermi i Massimali e i limiti previsti dall'opzione prescelta (Easy o Top), in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico iniziato durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa e terminato oltre il periodo di validità della stessa, l'Assicuratore riconosce le spese:

- fino alla data di dimissione dell'Istituto di Cura;
- per prestazioni effettuate nel periodo POST Ricovero, purchè le stesse siano inerenti il Ricovero stesso.

Di seguito vengono descritte le prestazioni sanitarie comprese dalla presente Garanzia:

A. Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital / Day Surgery ed Intervento Chirurgico Ambulatoriale

- SPESE PRE (precedenti)

Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché effettuati precedentemente e inerenti il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale stesso.

- SPESE DURANTE

Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica e ostetrica, terapie, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (solo in caso d' Intervento Chirurgico e i trattamenti devono essere conseguenza dell'Intervento Chirurgico stesso), medicinali, onorari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, Rette di Degenza (non sono comprese le spese voluttuarie).

Per l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale le spese per la Retta di Degenza sono escluse.

- SPESE POST (precedenti)

Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi **(solo in caso d' Intervento Chirurgico e i trattamenti devono essere conseguenza dell'Intervento Chirurgico stesso)**, cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'Intervento Chirurgico **(escluse le spese alberghiere)**, purché



effettuati successivamente e inerenti il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale stesso.

B. Parto Fisiologico, Parto Cesareo / Aborto Terapeutico

Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto A. **Le spese vengono rimborsate entro il limite del submassimale indicato nell'opzione prescelta (Easy o Top)** e senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

C. Chirurgia refrattiva

Limitatamente agli interventi effettuati per:

- **anisometropia superiore a 4 diottrie; o**
- **difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 diottrie**

vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto A.

Le spese vengono rimborsate entro il limite del submassimale indicato nell'opzione prescelta (Easy o Top) e senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

Ai fini della validità della presente Garanzia non viene applicata l'esclusione normata al punto d. dell'art. 3.1.

D. Neonato

Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto A. per il neonato, **fermo il submassimale indicato nell'opzione prescelta (Easy o Top).**

Per l'operatività della presente garanzia deve essere assicurato almeno uno dei due genitori.

Il neonato verrà incluso gratuitamente nella Polizza del genitore se è stato acquistato il Modulo Assicurativo "Rimborso Spese Mediche" e fino alla scadenza annuale della Polizza del genitore:

- **per le sole Garanzie ospedaliere incluse nel Modulo Assicurativo "Rimborso Spese Mediche";**
- **condividendo gli stessi Massimali delle Garanzie ospedaliere in essere per il genitore, fermo il submassimale del neonato indicato nell'opzione prescelta (Easy o Top);**
- **fermi gli Scoperti, Franchigie, Termini di Carenza e Condizioni di Assicurazione.**

Durante il periodo di gratuità per il neonato sono riconosciuti solo gli interventi per l'eliminazione o correzione di Malformazioni congenite e Difetti Fisici eseguiti entro il primo anno di età, fermo il submassimale.

Al rinnovo della Polizza del genitore, **per poter usufruire dell'Assicurazione, per il neonato, dovrà essere compilato il Questionario Sanitario** e, se assicurabile, dovrà essere corrisposto il relativo Premio e i Termini di Carenza non verranno ricalcolati, fermo quanto normato all'art. 5 punto 5.1.

Vengono rimborsate, senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, le spese sostenute a titolo di ticket sanitario, **fermi i limiti previsti dall'opzione prescelta (Easy o Top).**

E. Indennità Sostitutiva

In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico l'Assicuratore riconosce all'Assicurato un'Indennità Sostitutiva, se le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In caso di Ricovero, al fine del calcolo dei giorni, vengono calcolati i pernottamenti.

Tale indennità viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery.

L'Indennità Sostitutiva:

- viene pagata senza applicazione di Scoperti/Franchigie, **fermi i limiti previsti nell'opzione prescelta (Easy e Top);**
- **non è riconosciuta in caso di permanenza nei locali del Pronto Soccorso/astanteria qualora ad essa non consegua il Ricovero nella medesima struttura sanitaria.**

Qualora le spese siano solo in parte a carico del SSN, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva o il Rimborso delle spese rimaste a suo carico.

Sono inoltre riconosciute le SPESE PRE e SPESE POST come descritte al precedente punto A. senza applicazione di Scoperti/Franchigie, **fermo il limite per Evento previsto dall'opzione prescelta (Easy e Top).**



Inoltre sono ricomprese se pertinenti il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale stesso:

a. spese per il vitto e pernottamento dell'accompagnatore

Vengono rimborsate le spese relative al vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di Cura o struttura alberghiera (ove non sussista la disponibilità in Istituto di Cura), **con il limite giornaliero e con il massimo di giorni, a seconda dell'opzione prescelta (Easy o Top)** e senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

b. spese per il Trasporto dell'Assicurato

Vengono rimborsate le spese relative al trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero, **con il limite, a seconda dell'opzione prescelta (Easy o Top)** e senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della Struttura Operativa, in base alle condizioni del paziente.

c. rimpatrio della salma

Vengono rimborsate le spese per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato all'Estero a seguito di Malattia o Infortunio, **con il limite, a seconda dell'opzione prescelta (Easy o Top)** e senza applicazione di Scoperti/Franchigia.

Sono escluse le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

Massimali e limiti di copertura

Vale l'opzione prescelta e indicata nel Certificato di Assicurazione.

I Massimali e limiti si applicano per persona e per Anno assicurativo, salvo quanto descritto alla Garanzia "Neonato" (art. 2.3 lettera D). Gli Scoperti / Franchigie se non diversamente specificato si applicano per Evento.

RIMBORSO SPESE MEDICHE Opzione EASY	
Massimale per Anno Assicurativo per persona	
Ricovero con / senza Intervento Chirurgico Day Hospital / Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale	€ 100.000
Condizioni di Rimborso	
Strutture Convenzionate (Regime Diretto)	Rimborso al 100%
Strutture non Convenzionate (Regime Rimborsuale) Ricovero con / senza Intervento Chirurgico	Applicazione di uno Scoperto del 20%
Strutture non Convenzionate (Regime Rimborsuale) Day Hospital / Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Applicazione di una Franchigia di € 200
Limite temporale Spese PRE e POST	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi
Limite Rette di Degenza (per le sole Strutture non Convenzionate)	€ 350 al giorno
Submassimali (è inclusa retta di degenza)	
Parto fisiologico	€ 2.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Parto cesareo / Aborto terapeutico	€ 4.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Chirurgia refrattiva	€ 1.000 per occhio (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Neonato	€ 50.000 (con applicazione di Scoperti / Franchigie)
Indennità Sostitutiva	
Indennità Sostitutiva Ricovero	€ 150 al giorno per Ricovero
Indennità Sostitutiva Day Hospital/Day Surgery	€ 75 al giorno
per tutte le indennità è previsto un massimo di 200 giorni l'anno	
Spese PRE e POST Indennità Sostitutiva	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi (Rimborso al 100%)



Spese per il vitto e pernottamento dell'accompagnatore	
Vitto e pernottamento dell'accompagnatore	€ 50 al giorno per un massimo di 50 giorni l'anno
Spese per il Trasporto dell'Assicurato	
Trasporto dell'Assicurato	€ 3.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Rimpatrio della salma	
Rimpatrio della salma	€ 3.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Spese mediche per Ticket SSN	
Ticket SSN	Rimborso al 100%

RIMBORSO SPESE MEDICHE Opzione TOP

Massimale per Anno Assicurativo per persona	
Ricovero con / senza Intervento Chirurgico Day Hospital / Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale	€ 400.000
Condizioni di Rimborso	
Strutture Convenzionate (Regime Diretto)	Rimborso al 100%
Strutture non Convenzionate (Regime Rimborsuale) Ricovero con / senza Intervento Chirurgico	Applicazione di uno Scoperto del 20%
Strutture non Convenzionate (Regime Rimborsuale) Day Hospital / Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Applicazione di una Franchigia di € 200
Limite temporale Spese PRE e POST	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi
Limite Rette di Degenza (per le sole Strutture non Convenzionate)	€ 350 al giorno
Submassimali (è inclusa retta di degenza)	
Parto fisiologico	€ 4.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Parto cesareo / Aborto terapeutico	€ 6.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Chirurgia refrattiva	€ 1.500 per occhio (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Neonato	€ 50.000 (con applicazione di Scoperti / Franchigie)
Indennità Sostitutiva	
Indennità Sostitutiva Ricovero	€ 250 al giorno per Ricovero
Indennità Sostitutiva Day Hospital/Day Surgery	€ 125 al giorno
per tutte le indennità è previsto un massimo di 200 giorni l'anno	
Spese PRE e POST Indennità Sostitutiva	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi (Rimborso al 100%)
Spese per il vitto e pernottamento dell'accompagnatore	
Vitto e pernottamento dell'accompagnatore	€ 100 al giorno per un massimo di 50 giorni l'anno
Spese per il Trasporto dell'Assicurato	
Trasporto dell'Assicurato	€ 3.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Rimpatrio della salma	
Rimpatrio della salma	€ 3.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Spese mediche per Ticket SSN	
Ticket SSN	Rimborso al 100%



Moduli Assicurativi Aggiuntivi
(vale il modulo/i indicato/i nel Certificato di Assicurazione)

2.4 Accertamenti Diagnostici

L'Assicuratore riconosce, il Rimborso per Accertamenti Diagnostici, resi necessari da Malattia o Infortunio, fino a concorrenza del Massimale annuo e con i limiti indicati alla tabella riepilogativa di seguito riportata.

Massimali e limiti di copertura

Lo Scoperto se non diversamente specificato si applica per Evento.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	
Massimale per Anno Assicurativo per persona	€ 5.000,00
Condizioni di Rimborso	
Strutture Convenzionate (Regime Diretto)	Applicazione di uno Scoperto del 15%
Strutture non Convenzionate (Regime Rimborsuale)	Applicazione di uno Scoperto del 25%
Ticket SSN	Rimborso al 100%

Sono escluse dalla presente Garanzia le seguenti prestazioni:

- ecografie o qualsiasi altro Accertamento per il controllo della gravidanza;
- test genetici prenatali non invasivi (come Harmony test, Prenatal Safe);
- accertamenti finalizzati a cure odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio per Covid-19 a titolo esemplificativo ma non esaustivo: tampone molecolare/PCR real time, tampone antigenico, test sierologico.

2.5 Visite Specialistiche / Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi / Assistenza Infermieristica domiciliare

L'Assicuratore riconosce, il Rimborso per Visite Specialistiche, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi e Assistenza Infermieristica domiciliare, resi necessari da Malattia o Infortunio, fino concorrenza del Massimale annuo e con i limiti indicati alla tabella riepilogativa di seguito riportata.

Massimali e limiti di copertura

Lo Scoperto se non diversamente specificato si applica per Evento.

VISITE SPECIALISTICHE – TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI	
Massimale per Anno Assicurativo per persona	€ 1.500,00
Condizioni di Rimborso	
Strutture Convenzionate (Regime Diretto)	Applicazione di uno Scoperto del 15%
Strutture non Convenzionate (Regime Rimborsuale)	Applicazione di uno Scoperto del 25%
Ticket SSN	Rimborso al 100%
ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE	
Submassimale annuo per persona	€ 50,00 al giorno (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)

Sono escluse dalla presente Garanzia le seguenti prestazioni:

- visite pediatriche di controllo;
- visite eseguite da professionisti con specializzazione in Medicina Generale;
- visite odontoiatriche e ortodontiche necessarie per motivi diversi da Infortunio.



2.6 Lenti e occhiali

L'Assicuratore riconosce all'Assicurato le spese per l'acquisto di lenti ed occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive (**escluse le "usa e getta" e lenti estetiche**) fino concorrenza del Massimale annuo e con i limiti indicati alla tabella riepilogativa di seguito riportata.

Massimali e limiti di copertura

LENTI/OCCHIALI	
Massimale per Anno assicurativo per persona	€ 400
Condizioni di rimborso	Applicazione di uno Scoperto del 15%

La richiesta di rimborso per le lenti a contatto correttive dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'Anno Assicurativo.

Sono escluse dalla Garanzia (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa) le spese relative a liquidi per la pulizia e simili.

2.7 Prevenzione – Check Up

L'Assicuratore riconosce all'Assicurato che abbia compiuto 30 anni, a titolo di prevenzione, un pacchetto di esami diagnostici che potrà essere effettuato:

- **in un'unica soluzione**
- **una volta all'anno presso le Strutture Convenzionate, attivando preventivamente il Regime Diretto**
- **con applicazione di uno Scoperto del 15% a carico dell'Assicurato.**

Il pacchetto include esclusivamente gli esami diagnostici di seguito riportati.

PREVENZIONE / CHECK-UP	
Donna	Uomo
Esami di laboratorio <ul style="list-style-type: none"> - Azotemia - Cloremia, Sodemia, Potassemia - Colesterolo totale (LDL e HDL) - Creatinina - Emocromo con formula - Gamma GT - Glicemia - PCR - T3 – T4 – TSH - Transaminasi - Trigliceridi - Uricemia - Esami urine completo <p>Pap test Ecografia Mammaria/Mammografia (quest'ultima > 40 anni) Antigene HbsAG – Ab Anti HbsAG Ecografia addominale inferiore</p>	Esami di laboratorio <ul style="list-style-type: none"> - Azotemia - Cloremia, Sodemia, Potassemia - Colesterolo totale (LDL e HDL) - Creatinina - Emocromo con formula - Gamma GT - Glicemia - PCR - T3 – T4 – TSH - Transaminasi - Trigliceridi - Uricemia - Esami urine completo <p>E.C.G. (Elettrocardiogramma) PSA (> 40 anni) Antigene HbsAG – Ab Anti HbsAG Ecografia addominale inferiore</p>



Modulo Assicurativo Dental

2.8 Dental

A seconda dell'opzione prescelta (Base o Medium e se integrate le cure di 3° livello) ed **entro i limiti e i vincoli indicati nelle tabelle "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate"** di cui al seguito, l'Assicuratore riconosce le spese odontoiatriche **effettuate dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa**, fermi i Termini di Carenza di cui all'art. 5 punto 5.2, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuti in corso di contratto (resta inteso che la prevenzione odontoiatrica non è resa necessaria da Malattia o Infortunio).

Le cure odontoiatriche sono così suddivise:

- Visita e Prevenzione
prestazioni di Prevenzione Dentaria che dovranno essere effettuate in un'unica soluzione e nei limiti indicati nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" di cui al seguito.
- Cure dentarie
cure dentarie di 1°, 2° e 3° Livello, alcune prestazioni devono essere comprovate da Radiografia (RX) o altre certificazioni, come indicato nelle tabelle "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" di cui al seguito alla voce "Vincoli tecnici".

Fermo restando i limiti temporali alle prestazioni ed i vincoli tecnici previsti nelle tabelle "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" di cui al seguito, l'Assicuratore garantisce all'Assicurato:

- le prestazioni di "Visita e Prevenzione" e le cure di 1°, 2° Livello presso Strutture Convenzionate attivando preventivamente il Regime Diretto, o presso Strutture non Convenzionate oppure in regime SSN;
- **le cure di 3° Livello solo presso Strutture Convenzionate attivando preventivamente il Regime Diretto oppure in regime SSN.**

Le prestazioni usufruite presso le Strutture Convenzionate attivando il Regime Diretto sono gratuite per l'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato opti per le Strutture non Convenzionate (Regime Rimborsuale), **l'importo massimo riconosciuto dall'Assicuratore non potrà essere superiore all'importo presente nella colonna "Tariffa" della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate"** di cui al seguito.

Nel caso di utilizzo del S.S.N. è previsto il Rimborso al 100% del ticket, **fermo i limiti indicati nella colonna "Tariffa" delle tabelle "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate"** di cui al seguito.

Tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate"

La numerosità delle prestazioni si intende per persona e per Anno Assicurativo.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE – VISITA E PREVENZIONE			
Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	Gratuita presso Strutture Convenzionate (non prevista se utilizzate Strutture non Convenzionate)	1 ogni 12 mesi in un'unica soluzione	
Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale	€ 45,00		
Ionofluorizzazione; Applicazione ionotopiche e oligoelementi	€ 20,00		



PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE – CURE 1° LIVELLO			
Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	Gratuita presso Strutture Convenzionate (non prevista se utilizzate Strutture non Convenzionate)		
Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	€ 22,00		Se necessaria per prestazioni coperte in Polizza
Radiografia: Endorale per due elementi vicini	€ 22,00	2 ogni 12 mesi	Se non già compresa nella prestazione
Radiografia: Per ogni radiogramma endorale aggiuntiva	€ 17,00		Se non già compresa nella prestazione
Otturazione per carie semplice	€ 40,00	2 ogni 12 mesi	
Otturazione per carie profonde: Cavità di II classe Black 2 pareti	€ 70,00		
Otturazione per carie profonde: Cavità di III classe	€ 70,00		
Otturazione per carie profonde: Cavità di IV classe	€ 85,00		
Otturazione per carie complesse	€ 85,00		
Estrazione semplice di dente o radice	€ 30,00	2 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
Estrazione complicata di dente o radice	€ 45,00	1 ogni 12 mesi	
Estrazione in inclusione ossea parziale	€ 85,00		
Estrazione in inclusione ossea totale	€ 151,00		
Devitalizzazione Monocanalare: Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per un canale	€ 70,00	1 ogni 12 mesi	Comprovate da RX
Devitalizzazione Bicanalare: Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per due canali	€ 110,00	1 ogni 12 mesi	
Devitalizzazione Tricanalare: Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per tre canali	€ 160,00	1 ogni 12 mesi	
Devitalizzazioni: Medicazioni canalari e sedute per apecificazione	€ 35,00	Se necessaria per prestazioni coperte in Polizza	
Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica	€ 40,00	1 ogni 12 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio



PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE – CURE 2° LIVELLO			
Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	Gratuita presso Strutture Convenzionate (non prevista se utilizzate Strutture non Convenzionate)		
Ortopantomografia (2 arcate)	€ 45,00	2 ogni 12 mesi	
Apicectomia con lembo	€ 160,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
Rizotomia	€ 110,00	2 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
Frenulectomia	€ 140,00	3 ogni 12 mesi	Comprovata da RX o foto digitale endorale
Asportazione epulidi con resezione bordo con lembo	€ 185,00		
Scappucciamento osteomucoso dente incluso	€ 50,00		
Preparazione arcate per protesi: Livellamento creste alveolari	€ 105,00		
Asportazioni cisti mascellari	€ 400,00		
Molaggio selettivo – Lieve rimodellamento di alcuni denti che impediscono la corretta chiusura	€ 280,00	1 sola volta	
Placca di svincolo	€ 275,00	1 ogni 24 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE – CURE 3° LIVELLO			
Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Gengivectomia per 4 denti	€ 145,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX o foto digitale endorale
Chirurgia ossea resettiva con lembo di accesso	€ 415,00	1 ogni 5 anni	Comprovata da foto digitale endorale
Innesto autogeno singolo incluso lembo	€ 440,00	1 sola volta per arcata	
Innesto autogeno multiplo incluso lembo	€ 485,00		
Innesto materiale biocompatibile singolo incluso lembo	€ 520,00	1 sola volta per arcata	
Innesto materiale biocompatibile multiplo incluso lembo	€ 570,00		
Intarsio occlusale lega preziosa	€ 205,00	2 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	
Intarsio od – om in lega preziosa	€ 275,00		
Intarsio mod in lega preziosa	€ 275,00		
Onlay in lega non preziosa	€ 275,00		
Onlay in lega preziosa	€ 370,00		
Onlay in ceramica vetrosa	€ 370,00		
Vite a moncone fisso osteointegrabile	€ 570,00	1 ogni 12 mesi non più ripetibile sullo	Dental scan pre-impianto
Impianto a vite metallo biotollerabile	€ 540,00		
Impianto a lama a moncone fisso	€ 490,00		



Impianto a lama a moncone mobile	€ 540,00	stesso elemento	ed RX post-impianto
Moncone pilastro	€ 170,00	3 ogni 12 mesi non più ripetibile sullo stesso elemento	
Corona fissa in lega preziosa e resina	€ 345,00	2 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
Corona in ceramica – lega preziosa	€ 520,00	2 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	
Corona provvisoria giacca in resina	€ 35,00	2 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	
Corona provvisoria in resina con cappa lega preziosa	€ 80,00	1 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	
Perno moncone lega preziosa fuso (struttura inserita nella radice per ricreare il moncone dentario su cui applicare la protesi)	€ 185,00	2 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	
Protesi mobile parziale un elemento + ganci	€ 55,00	1 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
Elemento aggiuntivo	€ 36,00	1 ogni 5 anni solo correlata al Codice SD87	
Scheletrato per struttura (Protesi mobile con struttura in lega metallica)	€ 520,00	1 ogni 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
Per elemento applicato	€ 60,00	1 ogni 5 anni solo correlata al Codice SD90	
Dentiera: Protesi mobile totale per arcata – denti in resina	€ 685,00	1 ogni 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
Rimodellamento della protesi per adesione arcate	€ 145,00	1 ogni 5 anni	

Art. 3 - Esclusioni

3.1 Esclusioni valide per i Moduli Assicurativi Base “Indennità Giornaliera”, “Surgical Cash”, “Rimborso Spese Mediche” e per i Moduli Assicurativi Aggiuntivi “Visite Specialistiche”, “Accertamenti Diagnostici”, “Lenti / Occhiali” e “Prevenzione – Check Up”.

L'Assicurazione non è operante per:

- a. le Patologie Preesistenti, fatta eccezione della Garanzia “Lenti/Occhiali” al cui art. 2 punto 2.6 per le quali non si applica l'esclusione, come normato all'art. 4;
- b. gli stati invalidanti, gli Infortuni accaduti prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché i relativi postumi;
- c. le prestazioni:
 - non incluse al precedente art. 1 “Garanzie”.
 - senza l'indicazione della diagnosi accertata o sospetta (per la sola garanzia “Prevenzione - Check Up” non è richiesta alcuna diagnosi);



- effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
 - non effettuate presso Istituti di Cura, Centri Medici o da medici specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
 - sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli Interventi Chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
 - necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- d. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o Malformazioni Congenite, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore ad un anno assicurati dalla nascita; nonché le patologie ad esse correlate;
- e. le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche;
- f. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (ad esempio: visita ginecologica, visita oculistica), i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine. Le prestazioni di "Check Up" non sono intese come spese di routine e/o controllo;
- g. le spese sostenute:
- presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
 - a fronte di espianto da donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi in caso di trapianti;
 - per amniocentesi o villocentesi se non vi è la presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante sotto i 35 anni di età;
- h. gli interventi di Chirurgia Bariatrica per curare l'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III grado (indice di massa corporea uguale o superiore a 40), nonché le prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica;
- i. le prestazioni e gli interventi non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia e Infortunio;
- j. Ricoveri Impropri e Ricoveri per Lungodegenza;
- k. trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie Mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- l. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina Sperimentale e Medicina Alternativa o Complementare;
- m. l'interruzione volontaria della gravidanza, è comunque compreso l'Aborto Terapeutico;
- n. le applicazioni di carattere estetico, trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati a scopo ricostruttivo:
- anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
 - a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
 - a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna;
- o. gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- p. le conseguenze di:
- guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
 - qualsiasi atto di terrorismo;
 - terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- q. i disturbi alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi;
- r. le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- s. qualsiasi malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'H.I.V., nonché le malattie sessualmente trasmesse;
- t. gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- u. gli Infortuni:



- sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), rafting, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (freeclimbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, mountain bike e "downhill";

3.2 Esclusioni valide per il Modulo Assicurativo "Dental"

L'Assicurazione non è operante per:

- a. le Patologie Preesistenti nonché le relative complicanze e conseguenze dirette e indirette, relativamente alle sole Cure di 3° Livello.
Per le sole Cure di 1° e 2° Livello non si applica l'esclusione;
- b. gli stati invalidanti, gli Infortuni accaduti prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché i relativi postumi, relativamente alle sole Cure di 3° Livello.
Per le sole Cure di 1° e 2° Livello non si applica l'esclusione;
- c. tutte le prestazioni e i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- d. i controlli di routine e/o check-up, salvo quanto previsto per il Livello "Visita e prevenzione";
- e. le prestazioni:
 - odontoiatriche non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (art. 2.8) a seconda dell'opzione prescelta;
 - eseguite esclusivamente a scopo estetico;
 - di rimozione chirurgica di impianti e parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che removibile;
- f. le estrazioni di denti decidui (da latte);
- g. le spese sostenute:
 - presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale;
 - le spese sostenute in conseguenza di Malattie Mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- h. trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia;
- i. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca;
- j. le cure ed interventi relativi a infezioni da HIV e sindromi correlate con o senza AIDS;
- k. le conseguenze di:
 - guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
 - qualsiasi atto di terrorismo;
 - terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- l. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- m. gli Infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni;
- n. gli Infortuni:
 - derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e



ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), rafting, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (freeclimbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, mountain bike e "downhill";

- sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose
- derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

Art. 4 - Patologie Preesistenti

L'Assicurazione esclude le Patologie Preesistenti per i primi tre anni consecutivi di copertura, fatta eccezione della garanzia "Lenti e Occhiali" (art. 2 punto 2.6) e delle cure di 1° e 2° Livello incluse nel Modulo Assicurativo "Dental" (art. 2 punto 2.8) che vengono rimborsate secondo le Condizioni di Assicurazione.

Trascorso tale periodo l'Assicuratore riconosce le spese mediche sostenute per Patologie Preesistenti in misura pari al:

- 35% dell'importo indennizzabile secondo le Condizioni di Assicurazione e fino ad un massimo di € 10.000 per anno per persona, a partire dal quarto anno di copertura ininterrotta;
- 60% dell'importo indennizzabile secondo le Condizioni di Assicurazione e fino ad un massimo di € 20.000 per anno per persona, a partire dal sesto anno di copertura ininterrotta;

Il Massimale per Anno Assicurativo di € 10.000 e € 20.000 è da intendersi quale importo unico per tutte le Garanzie (ospedaliere, extraospedaliere e dentarie) incluse nel/i Modulo/i Assicurativo/i prescelto/i", fermi i limiti, Massimali, limiti tariffari e submassimali previsti dalle singole Garanzie.

Art. 5 - Termini di Carenza

5.1 Moduli Assicurativi Base "Indennità Giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche" e per i Moduli Assicurativi Aggiuntivi "Visite Specialistiche", "Accertamenti Diagnostici", "Lenti/Occhiali" e "Prevenzione – Check UP".

Le Garanzie saranno operanti ed effettive, salvo le esclusioni al precedente art. 2 "Esclusioni", per:

- gli Infortuni: dalle ore 24 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- le Malattie:
 - Moduli Assicurativi Base: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza;
 - Moduli Assicurativi Aggiuntivi: dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza;
- il Parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza;
- le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l'Aborto Terapeutico: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione stessa.

Qualora in occasione dei rinnovi annui il Contraente volesse includere nuovi Moduli Assicurativi Base e/o Aggiuntivi i Termini di Carenza sopra descritti verranno calcolati dalle ore 24 della data di decorrenza dell'appendice alla Polizza per l'inclusione delle nuove Garanzie, fatta eccezione per le Garanzie in essere che manterranno le Date di Decorrenza del contratto precedente.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con il presente Assicuratore, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa) i Termini di Carenza di cui sopra vengono calcolati dalla Data di Decorrenza della Polizza sostituita, in riferimento:

- alle maggiori somme assicurate per Garanzie già previste nella precedente copertura;
- alle Garanzie non previste nella precedente copertura;
- alle nuove persone assicurate.

Per il solo neonato che viene incluso gratuitamente nel Modulo Assicurativo "Rimborso Spese Mediche" del genitore, la carenza di 30 giorni prevista per i Moduli Assicurativi Base decorre dalla data di nascita indipendentemente dalla data d'ingresso in copertura.



Alla scadenza della Polizza del genitore, qualora il neonato venisse incluso in copertura e la Carenza prevista non fosse completamente esaurita la stessa verrà calcolata per i giorni rimanenti.

Eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami durante il periodo di carenza saranno coperte dall'Assicurazione successivamente a tale periodo, ferme comunque le esclusioni al cui art. 2 "Esclusioni".

5.2 Modulo Assicurativo "Dental"

Le Garanzie saranno operanti ed effettive per:

- gli Infortuni: (per tutte le prestazioni incluse nelle tabelle "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" di cui all'articolo 2.8): dalle ore 24 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- la Malattia:
 - Cure di 1° e 2° Livello: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza;
 - Cure di 3° Livello:
 - I. primi 6 mesi dalla Data di Decorrenza: 0% di Rimborso;
 - II. dal 7° al 12° mese dalla Data di Decorrenza della Polizza: 50% di Rimborso della "Tariffa" indicata nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" di cui all'art. 2 punto 2.8;
 - III. dalla seconda annualità consecutiva della Polizza: 75% di Rimborso della "Tariffa" indicata nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" di cui all'art. 2 punto 2.8;
 - IV. dalla terza annualità consecutiva della Polizza: 100% di Rimborso della "Tariffa" indicata nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" di cui all'art. 2 punto 2.8;
- la Garanzia "Visita e Prevenzione": dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con il presente Assicuratore, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa) i Termini di Carenza di cui sopra vengono calcolati dalla Data di Decorrenza della Polizza sostituita, in riferimento:

- alle prestazioni odontoiatriche non previste nella precedente copertura;
- alle nuove persone assicurate.

Eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami durante il periodo di carenza saranno coperte dall'Assicurazione successivamente a tale periodo, ferme comunque le esclusioni al cui art. 2 "Esclusioni".

NORME DI CARATTERE GENERALE COMUNI A TUTTE LE COPERTURE

Art. 6 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

L'Assicurazione è determinata in base alle informazioni date, e alle dichiarazioni fatte, dal Contraente e/o dall'Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Assicurazione, in particolare nel Questionario Sanitario: di conseguenza, essi hanno l'obbligo di dare informazioni veritiere, corrette e complete per un'esatta valutazione del Rischio da parte dell'Assicuratore.

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

In tale caso, spetta all'Assicuratore oltre alle rate di Premio scadute e rimaste insoddisfatte, il Premio complessivo relativo all'Anno Assicurativo in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato l'annullamento del contratto o che ha giustificato il recesso dell'Assicuratore.

Qualora sopravvenga una modifica dello stato di salute dell'Assicurato prima della Data di Decorrenza della Polizza che influisca sulle dichiarazioni riportate sul Questionario Sanitario, l'Assicurato è tenuto ad informare l'Assicuratore, il quale si riserva il diritto di rivedere le condizioni di accettazione o di rifiutare il Rischio.

La compilazione del Questionario Sanitario è prevista per tutti gli Assicurati.

La compilazione del Questionario Sanitario non è richiesta per il solo Modulo Assicurativo "Dental, pertanto, quanto indicato nel presente articolo vale con particolare – anche se non esclusivo – riferimento a quanto indicato agli artt. 9, 10 e 11.



Art. 7 - Altre assicurazioni

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali altre assicurazioni riguardanti gli stessi Rischi garantiti dalla presente Assicurazione.

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, ai sensi dell'Art. 1910 c.c..

Ciò vale anche nel caso in cui lo stesso Rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Sanitari Integrativi.

Art. 8 - Assicurazione per conto altrui

Gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 c.c.

Art. 9 - Persone Assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche facenti parte del medesimo Stato di Famiglia purchè siano i coniugi, i conviventi di fatto, gli uniti civilmente, nonché i relativi figli e genitori di ciascuno di essi per un massimo di 8 persone all'interno dello stesso nucleo. Anche se non facenti parte del medesimo stato di famiglia sono assicurabili i figli non conviventi, fiscalmente e non fiscalmente a carico.

Ciascuna persona all'interno della stessa Polizza può avere Moduli Assicurativi differenti.

Tutte le persone assicurabili devono essere stabilmente residenti nel territorio della Repubblica Italiana e devono aver compilato il Questionario Sanitario rispondendo negativamente a tutte le domande in esse contenute.

Il Questionario Sanitario non viene richiesto in caso di acquisto del solo Modulo Assicurativo "Dental".

Art. 10 - Limiti di età

L'Assicurazione è operante per gli Assicurati con:

- età massima all'ingresso: 65 (sessantacinque) anni compiuti;
- età massima all'uscita: 74 (settantaquattro) anni compiuti.

Per il Modulo Assicurativo "Dental" è prevista un'età minima all'ingresso pari a 3 anni compiuti, mentre per il Modulo Assicurativo Aggiuntivo "Prevenzione – check up" l'età minima all'ingresso è 30 anni compiuti.

Le Parti, alla scadenza annuale successiva al compimento del 74° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione relativa a tale persona con preavviso di almeno 30 giorni, salva la validità del contratto per la restante Parte.

Art. 11 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone:

- che non soddisfano i requisiti ai precedenti artt. 9 "Persone Assicurabili" e 10 "Limiti di età";
- affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezioni da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

Il manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto deve essere tempestivamente comunicato all'Assicuratore in quanto causa di immediata cessazione della copertura assicurativa per l'Assicurato coinvolto dalle suddette condizioni, ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell'Assicuratore di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso d'Anno Assicurativo, l'Assicuratore rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Art. 12 - Effetto, durata e disdetta del contratto – Pagamento del Premio

L'Assicurazione ha durata annuale e decorrere dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione:

- fatti salvi gli eventuali Termini di Carenza e
 - se il Premio o la prima rata di Premio è stata pagata;
- altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.**

In mancanza di disdetta comunicata da una delle Parti e, pervenuta all'altra Parte almeno 30 giorni prima di ciascuna scadenza annuale, il contratto si rinnova tacitamente di un anno e così successivamente di anno in anno.

Fermo quanto sopra, qualora il contratto sia stato concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza, lo stesso decorre dalle ore 24 del giorno stesso in cui l'Assicuratore ha raccolto la volontà del Contraente di sottoscrivere il presente contratto (data di



effetto del contratto): a partire da tale momento, fermo l'obbligo del Contraente al pagamento del Premio, l'Assicuratore garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto del presente contratto, salvo il diritto di recesso consentito al Contraente dalla Legge, di cui al successivo Art. 23.

Art. 13 - Mancato pagamento del Premio

Se il Contraente non paga il Premio o la prima rata di Premio stabilita dal contratto, l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno del pagamento.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i Premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'Assicuratore, nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione.

Art. 14 – Determinazione e adeguamento del Premio

Il Premio è determinato:

- per periodi di assicurazione di un anno ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in rate trimestrali o semestrali anticipate.
La rata unica, o trimestrale oppure semestrale del Premio deve essere pagata alle scadenze pattuite all'Intermediario di Assicurazioni a cui è assegnata la Polizza;
- sulla base dell'età dell'Assicurato al momento delle sottoscrizione dell'Assicurazione;
- dal numero delle persone assicurate all'interno della stessa Polizza;
- dal numero di Moduli Assicurativi acquistati.

Il Premio per i Moduli Assicurativi "Surgical Cash", "Indennità Sostitutiva", "Rimborso Spese Mediche", "Visite Specialistiche" e "Accertamenti Diagnostici" è soggetto ad automatico adeguamento al passaggio da una fascia di età all'altra, pertanto ad ogni rinnovo l'Assicuratore verifica se l'Assicurato risulta nella medesima fascia di età dell'Anno Assicurativo in scadenza. Le fasce di età sono riportate nelle tabelle di cui al seguito.

Qualora uno o più Assicurati, alla data di rinnovo, dovessero rientrare nella fascia di età successiva, i Premi dell'anno precedente relativi ai predetti Assicurati verranno moltiplicati per il coefficiente di adeguamento riportato nelle tabelle seguenti.

Coefficienti di adeguamento del Premio Moduli Assicurativi Base – Opzione EASY			
Fascia di età	Surgical Cash	Indennità Sostitutiva	Rimborso Spese Mediche
0 - 19	-	-	-
20 - 24	1,871	1,216	1,646
25 - 29	1,187	1,414	1,323
30 - 34	1,328	1,080	1,451
35 - 39	1,199	1,130	1,090
40 - 44	1,112	1,023	1,013
45 - 49	1,167	1,021	1,132
50 - 54	1,164	1,127	1,190
55 - 59	1,230	1,572	1,256
60 - 64	1,316	1,279	1,354
65 - 69	1,333	1,460	1,418
70 - 74	1,213	1,115	1,269

Coefficienti di adeguamento del Premio Moduli Assicurativi Base – Opzione TOP			
Fascia di età	Surgical Cash	Indennità Sostitutiva	Rimborso Spese Mediche
0 - 19	-	-	-
20 - 24	1,894	1,216	1,673
25 - 29	1,189	1,414	1,325
30 - 34	1,329	1,080	1,478
35 - 39	1,199	1,130	1,037
40 - 44	1,112	1,023	1,017
45 - 49	1,166	1,021	1,125



50 - 54	1,164	1,127	1,202
55 - 59	1,230	1,572	1,265
60 - 64	1,316	1,279	1,370
65 - 69	1,334	1,460	1,432
70 - 74	1,213	1,115	1,256

Coefficients di adeguamento del Premio Moduli Assicurativi Aggiuntivi		
Fascia di età	Visite Specialistiche	Accertamenti Diagnostici
0 - 19	-	-
20 - 24	1,091	1,336
25 - 29	1,169	1,317
30 - 34	1,248	1,316
35 - 39	1,176	1,208
40 - 44	1,040	1,090
45 - 49	1,015	1,075
50 - 54	1,047	1,119
55 - 59	1,098	1,161
60 - 64	1,117	1,159
65 - 69	1,120	1,114
70 - 74	1,029	1,005

L'incremento del Premio, riportato nelle tabelle su esposte, viene applicato al momento del passaggio da una fascia d'età all'altra.

Per i Moduli Assicurativi "Lenti e Occhiali, "Prevenzione – Check Up" e "Dental" non è previsto alcun adeguamento per cambio fascia d'età.

Se, oltre all'adeguamento in base all'età dell'Assicurato, l'Assicuratore intenda apportare variazioni alle condizioni tariffarie e/o contrattuali e di conseguenza il Premio aumenta, deve darne comunicazione al Contraente con un preavviso di almeno 60 giorni rispetto alla data di scadenza della Polizza.

Se il Contraente non accetta le modifiche contrattuali proposte ha diritto di disdire il contratto entro 30 giorni prima della data di scadenza annuale dell'Assicurazione, utilizzando le modalità descritte all'art. 20 "Forma delle Comunicazioni".

In tal caso, l'Assicurazione cessa dalla fine dell'Anno Assicurativo in scadenza e il Contraente non dovrà pagare più nulla per gli anni successivi.

In ogni caso il pagamento del nuovo Premio e il ritiro della relativa quietanza debbano intendersi come dichiarazione di accettazione delle nuove Condizioni di Assicurazione proposte.

Art. 15 – Sconti

L'Assicuratore riconosce sul Premio imponibile di Polizza uno sconto del:

- 10% qualora il Contraente acquista due o più Moduli Assicurativi (Il Modulo Dental è considerato un unico Modulo Assicurativo, indipendentemente dal numero di garanzie scelte al suo interno, es.: cure dentarie di 1°, 2° e 3° Livello).

Qualora l'Assicurazione venga stipulata dal Contraente con la forma di copertura "NUCLEO", lo sconto del 10% verrà applicato solo sul Premio imponibile del singolo Assicurato, per il quale sono stati acquistati due o più Moduli Assicurativi.

Al rinnovo lo sconto rimane valido sempre che ci siano, per ogni singolo Assicurato, almeno due Moduli Assicurativi acquistati.

- 15% qualora l'Assicurazione venga stipulata dal Contraente con la forma di copertura "NUCLEO" (come indicato al precedente art. 9 "Persone Assicurabili – Limiti di età").

Al rinnovo lo sconto rimane valido sempre che venga mantenuta la forma di copertura "NUCLEO".

Nel caso in cui si abbia diritto ad entrambi gli sconti, verrà applicato in primo luogo lo sconto per numero Moduli Assicurativi acquistati e successivamente lo sconto per la forma di copertura "NUCLEO".

Qualora, in corso di Anno Assicurativo, si verifichi l'esclusione di un Assicurato ai sensi dell'articolo 11 "Persone non assicurabili", e la variazione nel numero degli Assicurati comporti il ricalcolo dello sconto eventualmente riconosciuto, tale operazione avverrà esclusivamente al momento della determinazione del Premio complessivamente dovuto in occasione del primo rinnovo utile della Polizza.



Art. 16 - Variazioni al contratto di Assicurazione

Per richiedere le variazioni al contratto il Contraente deve essere in regola con il pagamento del Premio.

Il Contraente può modificare il contratto di Assicurazione solo al rinnovo della Polizza per:

- variazione del Modulo Assicurativo (Base, Aggiuntivo) e/o opzione (Easy, Top);
- variazione per il Modulo Assicurativo Dental dell'opzione (Base, Medium) oppure integrazione, eliminazione delle cure di 3° livello;
- inclusione o esclusione di Assicurati all'interno della stessa Polizza;
- variazione del frazionamento del Premio (es. modifica da frazionamento da annuale a semestrale).

Modifiche in aumento

Nei casi di variazione, in continuità di copertura, del Modulo Assicurativo Base con aumento di garanzie incluse, di opzione da Easy a Top, di aggiunta di Moduli Assicurativi Aggiuntivi e/o inclusione di nuovi Assicurati, è prevista nuovamente la compilazione del Questionario Sanitario.

Nel caso in cui l'Assicurato non sia in grado di sottoscrivere il Questionario Sanitario, perché in presenza anche di una sola risposta affermativa, la Polizza potrà essere rinnovata mantenendo il Modulo Assicurativo Base, opzione e Moduli Assicurativi Aggiuntivi previste nella Polizza in scadenza.

Nessuna variazione verrà accettata rispetto alla Polizza in essere.

Modifiche in diminuzione

Nei casi di variazione, in continuità di copertura, del Modulo Assicurativo Base con diminuzione di garanzie incluse, di opzione da Top a Easy, eliminazione di Moduli Assicurativi Aggiuntivi non è prevista la compilazione del Questionario Sanitario.

Modifiche del Modulo Assicurativo Dental

Nel caso di variazione, in continuità di copertura, del Modulo Assicurativo Dental con modifica dell'opzione da Base a Medium o viceversa oppure integrazione o eliminazione delle cure di 3° livello non è prevista la compilazione del Questionario Sanitario.

Disdetta

In caso di disdetta della Polizza da parte del Contraente, con successiva richiesta di rettifica della disdetta, gli Assicurati dovranno ricompilare il Questionario Sanitario anche se per lo stesso Modulo Assicurativo Base, opzione e Modulo Assicurativo Aggiuntivo.

Nel caso in cui un Assicurato non sia in grado di sottoscrivere il Questionario Sanitario, perché in presenza anche di una sola risposta affermativa, la Polizza non potrà più essere attivata.

Le richieste di variazione vengono perfezionate con l'emissione di apposita appendice che norma le nuove condizioni, persone, nonché il nuovo Premio. Per le modifiche in aumento non verrà emessa appendice, ma verrà stipulato un nuovo contratto di Assicurazione, in sostituzione del precedente, con un nuovo numero di Polizza.

Le variazioni o l'emissione di un nuovo contratto saranno applicate dalla prima ricorrenza annuale dell'Assicurazione successiva alla richiesta di variazione stessa, fermo quanto normato all'art. 5 "Termini di Carenza".

La variazione del contratto in corso d'anno è consentita solo se la persona da assicurare è un neonato e se uno dei due genitori ha acquistato il Modulo Assicurativo Base "Rimborso Spese Mediche", come normato all'art.2 punto 2.3 lettera D.

Art. 17 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modificazioni al contratto di Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 18 - Estensione territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

Si precisa che, per il Modulo Assicurativo Dental, le Strutture Convenzionate sono presenti nel solo territorio italiano. Pertanto, in caso di cure dentarie effettuate all'estero, l'Assicuratore rimborserà la spesa sostenuta dall'Assicurato entro i limiti indicati nella colonna nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" di cui all'art. 2 punto 2.8.

Art. 19 - Rinuncia alla rivalsa

L'Assicuratore rinuncia, a favore degli aventi diritto, all'azione di surroga verso i terzi responsabili.

Art. 20 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e l'Assicurato sono tenuti, salvo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali anche in termini di utilizzo di sistemi e documenti informatici, nonché di posta elettronica, devono essere effettuate per iscritto e spiegano effetti dal momento in cui pervengono all'Assicuratore, all'indirizzo corrispondente alla sede legale, oppure



all'Intermediario presso il quale è stato emesso il contratto.

Art. 21 - Aggravamento del Rischio

Salvo quanto previsto dagli articoli 6 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e 11 "Persone non assicurabili", non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, quanto disposto dall'art. 1898 del Codice civile in materia di aggravamento del rischio.

Art. 22 - Diritto di recesso

Il contratto di Assicurazione non è soggetto al diritto di recesso da parte dell'Assicuratore, **salvo il diritto di recedere nel caso in cui il Contraente e/o l'Assicurato rendano dichiarazioni inesatte o reticenze come da articolo 6 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio"**.

Art. 23- Diritto di ripensamento (Recesso)

Qualora il contratto sia stato concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha facoltà di recedere dalla copertura assicurativa entro i 14 giorni successivi alla data di conclusione del contratto, senza dover indicare il motivo.

Per esercitare tale diritto, il Contraente deve inviare, prima dello scadere dei 14 giorni, una richiesta all'Assicuratore comunicando la propria volontà, utilizzando le modalità descritte all'art. 20 "Forma delle Comunicazioni".

A seguito del Recesso il Contraente ha diritto alla restituzione del Premio pagato e non goduto, **al netto dell'imposta che, per legge, resta a suo carico.**

Il diritto di Recesso non può essere richiesto qualora sia già avvenuto un Sinistro.

In tali casi, l'Assicuratore si riserva di tutelare i propri diritti nei confronti del Contraente.

Art. 24 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente

Tutte le Controversie relative alla presente Assicurazione sono soggette alla giurisdizione italiana. In caso di Controversia tra le Parti, è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex Art. 5 D. Lgs 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni deferendo la Controversia esclusivamente ad organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it). Qualora successivamente si ricorra all'Autorità Giudiziaria, foro competente è il luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato o del Contraente.

Art. 25 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Art. 26 - Limite massimo dell'Indennizzo

Salvo quanto espressamente previsto alle singole Garanzie, nonché dall'Art. 1914 c.c., a nessun titolo l'Assicuratore potrà essere tenuto a pagare somma maggiore di quella assicurata, in ragione dei limiti e delle condizioni stabilite per le singole Garanzie.

Art. 27 - Legge applicabile

La Legge applicabile al contratto è quella italiana.

Art. 28 - Termine di Prescrizione

Ai sensi e per gli effetti dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dall'Assicurazione nei Rami Danni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 29 - Cosa fare in caso di Sinistro - Recapiti

per i Moduli Assicurativi Base "Indennità Giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche", per i Moduli Assicurativi Aggiuntivi "Visite Specialistiche", "Accertamenti Diagnostici", "Lenti / Occhiali" e "Prevenzione - Check Up" e per il Modulo Assicurativo Dental

Per ricevere informazioni relative alle prestazioni assicurate, alla modalità di denuncia Sinistro, allo stato di lavorazione del Sinistro e all'attivazione del Regime Diretto l'Assicuratore si avvale di MyAssistance che può essere contattato:

- **Telefonicamente al numero 02 303500015, attivo nei giorni feriali dalle 8.30 alle 18.00;**
- **Inviando una e-mail all'indirizzo sinistri.netinsurance@myassistance.it**



Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare MyAssistance presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

Per accedere ai servizi messi a disposizione tramite MyAssistance gli Assicurati potranno usufruire dell'area clienti, all'indirizzo internet <https://app.myassistance.eu/> accessibile da smartphone, o PC, oppure tramite l'app Myassistance.

Le credenziali per il primo accesso all'area clienti saranno fornite agli Assicurati da MyAssistance all'indirizzo mail fornito dal Contraente.

Attraverso l'area clienti è possibile:

- consultare le Strutture Convenzionate;
- richiedere l'attivazione delle prestazioni in Regime Diretto;
- inoltrare le richieste di Rimborso (Regime Rimborsuale);
- monitorare lo stato di lavorazione delle proprie pratiche.

Art. 30 - Responsabilità

L'Assicurato riconosce espressamente che l'Assicuratore e MyAssistance non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalla Strutture Convenzionate.

Pertanto, l'Assicurato prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di Cura, Centri diagnostici, Centri e Studio odontoiatrici etc.) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Art. 31 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Struttura Operativa di MyAssistance entro 10 giorni dal verificarsi dell'evento con le modalità indicate al precedente art. 29 "Cosa fare in caso di Sinistro – Recapiti".

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Struttura Operativa di MyAssistance, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

L'elenco delle strutture è disponibile:

- nel sito <https://app.myassistance.eu> o tramite app MyAssistance dove l'Assicurato vi accede con le proprie credenziali;

Utilizzando le Strutture Convenzionate l'Assicurato ha sempre l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Struttura Operativa l'autorizzazione.

Qualora l'Assicurato decida di utilizzare le Strutture Convenzionate (struttura sanitarie e medico/equipe medica devono essere entrambi convenzionati) deve richiedere preventivamente alla Struttura Operativa – almeno 2 giorni prima - l'autorizzazione al Regime Diretto. In mancanza dell'autorizzazione il servizio non è operante.

Il preavviso di 2 giorni non è richiesto nei soli casi di comprovata urgenza.

Il pagamento che l'Assicuratore effettuerà alle Strutture Convenzionate, solleverà l'Assicuratore stesso nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto l'Assicuratore abbia già corrisposto.

Il pagamento non pregiudica il diritto dell'Assicuratore a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

La richiesta di Rimborso o il pagamento dell'Indennità Sostitutiva viene invece gestita dalla Struttura Operativa entro 10 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione da parte dell'Assicurato.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario delle prestazioni e il Rimborso / Indennizzo avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.



L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di Cura, da studio medico oppure da medico specialista, da un medico dentista iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri o da una struttura odontoiatrica.

Le prestazioni infermieristiche possono essere fatturate da infermiere professionista mentre i Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

Tutti i pagamenti nei confronti dell'Assicurato vengono effettuati a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente.

Per le spese sostenute all'estero i Rimborsi viene sempre effettuato in Euro, applicando il cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Inglese, Francese, Spagnolo o Tedesco dovrà essere accompagnata di traduzione in italiano, eventuali oneri di traduzione rimangono a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del Sinistro in fotocopia, l'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici dell'Assicuratore e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 32 - Documentazione da inviare per il Regime Diretto

32.1 per i Moduli Assicurativi "Rimborso Spese Mediche", "Visite Specialistiche", "Accertamenti Diagnostici" e "Prevenzione – Check Up"

Per richiedere l'autorizzazione al Regime Diretto, l'Assicurato ha l'obbligo d'inviare dall'area clienti, all'indirizzo internet <https://app.myassistance.eu>, accessibile da smartphone, o PC, oppure tramite l'app Myassistance, la prescrizione compilata dal medico di base o dallo specialista (in assenza della prescrizione potrà essere inviato il certificato o il referto) con le seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o presunta;
- in caso di regime ospedaliero: tipo d'intervento chirurgico da eseguire, se senza intervento, descrizione dell'iter diagnostico e terapeutico.
Per i soli Interventi Chirurgici Ambulatoriali di asportazione indicare anche il tipo di lesione, sede e dimensioni;
- in caso di regime extraospedaliero: tipo di prestazione da eseguire (es. visita ortopedica, ecografia addome completo etc.);
- in caso di Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi: la richiesta dovrà essere rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata che rende necessari i trattamenti stessi;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio: referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

Per eseguire il pacchetto di prevenzione - check up l'Assicurato deve contattare la Struttura Operativa (ai recapiti indicati al precedente art. 29 punto 29.1) che provvederà, in accordo con l'Assicurato, a prenotare presso la Struttura Convenzionata prescelta l'appuntamento per eseguire il check up.

Il Regime Diretto non è attivabile per i Moduli Assicurativi "Indennità Giornaliera", "Surgical Cash" e "Lenti / Occhiali".

Al fine dell'autorizzazione al Regime Diretto, l'Assicuratore, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere documentazione medica aggiuntiva (es. esiti di esami strumentali).

Restano a carico dell'Assicurato gli Scoperti/Franchigie, l'eccedenza di Massimali, nonché le prestazioni e le spese non previste dalla presente Assicurazione.

Restano inoltre a carico dell'Assicurato le prestazioni non indicate o non correlate alla diagnosi e tutte le prestazioni sanitarie non espressamente autorizzate.



Qualora l'Assicurato utilizzasse una Struttura Convenzionata senza attivare il Regime Diretto, il Rimborso verrà riconosciuto applicando quanto previsto per il Regime Rimborsuale.

32.2 per il Modulo Assicurativo "Dental"

Per richiedere l'autorizzazione al Regime Diretto, l'Assicurato ha l'obbligo di contattare telefonicamente la Struttura Operativa di MyAssistance che prenoterà per conto dell'Assicurato l'appuntamento per la prima visita presso la Struttura Convenzionata scelta dall'Assicurato.

Durante la prima visita sarà richiesto all'Assicurato di compilare con il medico dentista e di firmare il documento denominato Budget Cure Odontoiatriche (BCO), contenente tutte le prestazioni dentarie di cui necessita l'Assicurato. Per le sole cure di 3° livello, in occasione della prima attivazione della Polizza, il medico dentista dovrà compilare anche l'Odontogramma

Sia il BCO e l'Odontogramma saranno forniti da MyAssistance direttamente alla Struttura Convenzionata per l'approvazione delle prestazioni incluse nell'opzione acquistata.

In caso di prestazione resa necessaria da Infortunio, l'Assicurato dovrà fornire alla Struttura Operativa referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. ortopantomografie – OPT-, radiografie).

Al fine dell'autorizzazione al Regime Diretto, l'Assicuratore, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere documentazione medica aggiuntiva (es. esiti di esami strumentali).

I trattamenti e le prestazioni non compresi nell'opzione acquistata verranno fatturati e saldati direttamente dall'Assicurato.

Qualora l'Assicurato utilizzasse una Struttura Convenzionata senza attivare preventivamente il Regime Diretto con la Struttura Operativa, il Rimborso delle cure di 1° e 2° Livello verrà riconosciuto applicando quanto previsto per il Regime Rimborsuale.

Tale regola non vale per le cure di 3° Livello, se l'Assicurato non attiva il Regime Diretto le cure non verranno rimborsate neppure applicando le modalità del Regime Rimborsuale.

Art. 33 - Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di autorizzazione al Regime Diretto qualora si dovesse accertare successivamente la non validità della Polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, l'Assicuratore ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire all'Assicuratore stesso tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di Cura se già saldate dall'Assicuratore alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti, l'Assicuratore si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 34 - Documentazione da inviare per il Regime Rimborsale

34.1 per il Moduli Assicurativi Indennità Giornaliera, "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche", "Visite Specialistiche", "Accertamenti Diagnostici" e "Lenti / occhiali".

Per richiedere il Rimborso / Indennizzo, l'Assicurato – a cure ultimate - deve inviare dall'area clienti, all'indirizzo internet <https://app.myassistance.eu>, accessibile da smartphone, o PC, oppure tramite l'app Myassistance, quanto di seguito specificato:

- per il Rimborso delle spese relativa a Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale:
 - fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate;
 - cartella clinica completa e scheda di dimissioni ospedaliere (S.D.O.).
In caso d'Intervento Chirurgico Ambulatoriale, dettagliata relazione del medico specialista con indicata la patologia, il tipo d'intervento e le prestazioni effettuate;
- per l'Indennità Giornaliera cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliere (S.D.O.);
- per il Rimborso delle Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici e Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi:



- fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate.
La fattura emessa da studio medico o medico specialista, deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare congrua con la patologia accertata o sospetta;
- documentazione (prescrizione, o certificato o referto) compilata dal medico di base o dallo specialista con indicata la patologia accertata o sospetta.
Per i soli Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi la documentazione (prescrizione, o certificato o referto) dovrà essere rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia per la quale vengono richiesti i trattamenti;
- per l'Assistenza Infermieristica domiciliare prescrizione del medico di base o dello specialista;
- per l'acquisto di lenti e occhiali e lenti a contatto, prescrizione prime lenti o modifica del visus compilata dal medico oculista o da ottico optometrista.
Per le lenti a contatto la richiesta di Rimborso deve essere presentata una sola volta a fine Anno Assicurativo;
- per le prestazioni rese necessarie da Infortunio: referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

Al fine della corretta valutazione del Sinistro, l'Assicuratore, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere:

- documentazione medica aggiuntiva (es. esiti di esami strumentali);
- la produzione degli originali della documentazione inviata.

34.2 per il Modulo Assicurativo "Dental"

Per richiedere il Rimborso, l'Assicurato - a cure ultimate - deve inviare:

- all' indirizzo internet <https://app.myassistance.eu>, accessibile da smartphone, o PC;

quanto segue:

- modulo di rimborso, compilato in ogni sua parte e sottoscritto dall'Assicurato, con eventuale supporto del dentista. Il modulo di rimborso deve essere richiesto alla Struttura Operativa;
- fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate, complete di dettaglio delle singole prestazioni effettuate, del relativo costo e della data in cui le singole prestazioni sono state eseguite.
Se la fattura riporta una data diversa rispetto a quella in cui sono state eseguite le prestazioni, per la rimborsabilità del Sinistro farà fede la data in cui sono state eseguite le singole prestazioni. Fermo quanto normato all'art. 3 punto 3.2.
- evidenze cliniche (radiografie, ecc.), ove richieste alla voce "vincoli tecnici" della tabella di cui all'articolo 2 punto 2.8 "Tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate";
- per le prestazioni rese necessarie da Infortunio: referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. ortopantomografie – OPT -, radiografie).

Art. 35 - Pagamento dell'Indennizzo/Rimborso dei Sinistri in Regime Rimborsuale

Il pagamento dell'Indennizzo in caso di Sinistro viene riconosciuto dall'Assicuratore entro 30 giorni dalla data di ricezione di tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza.



ALLEGATO 1. CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN CLASSI

Descrizione (per branca)	Classe
CARDIOCHIRURGIA	
Angioplastica coronarica singola	IV
Bypass aorto coronarico singolo o multiplo	VI
Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (CEC), salvo gli interventi descritti	VI
Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) interventi di, salvo gli interventi descritti	V
Cisti del cuore o del pericardio, asportazione di	V
Commisurotomia per stenosi mitralica	V
Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso	V
Drenaggio pericardico o riapertura per sanguinamento	II
Embolectomia con Fogarty	III
Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tampomamento, interventi per	V
Fistole arterovenose del polmone, interventi per	VI
Pericardiectomia parziale	IV
Pericardiectomia totale	V
Pericardiocentesi	I
Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)	VI
Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)	VII
Trapianto cardiaco	VII
Valvuloplastica chirurgica	VI
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	
Ablazione transcateretere	IV
Angioplastica coronarica singola/multipla con o senza applicazione di Stent	IV
Biopsia endomiocardica	II
Cateterismo destro e sinistro, e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	III
Coronarografia circolo nativo + ev. studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateteri-smo sinistro	III
Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateretri e programmazione elettronica del pace maker (incluso costo del pace maker)	VI
Pace maker, impianto temporaneo e relativo espianto (come unico intervento)	II
Sostituzione generatore pace maker definitivo	II
Studio elettrofisiologico endocavitario	II
Valvuloplastica cardiaca	IV
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	
Ascesso mammario, incisione del	I
Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate	V
Mastectomia semplice con eventuale linfadenectomia	IV
Mastectomia sottocutanea	IV
Noduli e/o cisti benigne, asportazione di	II
Posizionamento punto di reperi per noduli non palpabili	I
Quadrantectomia con linfadenectomie associate	V
Quadrantectomia senza linfadenectomie associate	IV
CHIRURGIA DELLA MANO	
Amputazioni carpali	II
Amputazioni falangee	II
Amputazioni metacarpi	II

Descrizione (per branca)	Classe
Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	III
Artrodesi carpale	IV
Artrodesi metacarpo falangea e/o interfalangea	III
Artroplastica	IV
Artroprotesi carpale	V
Artroprotesi metacarpo falangea e/o interfalangea	V
Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	III
Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	IV
Lesioni tendinee, intervento per	II
Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per	III
Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di Quervain, tenosinoviti	III
Osteotomie (come unico intervento)	III
Pseudoartrosi delle ossa lunghe, intervento per	III
Pseudoartrosi dello scafoide carpale, intervento per	III
Retrazioni ischemiche, intervento per	V
Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia	VI
Rigidità delle dita	III
Sindromi canalicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, etc)	III
Sinovialectomia (come unico intervento)	III
Tattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	VI
CHIRURGIA DEL COLLO	
Ascessi, favi, flemmoni e drenaggio di	I
Biopsia prescalenica	I
Fistola esofago-tracheale, intervento per	V
Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplastiche benigne	III
Ghiandola sottomascellare, asportazione per tumori maligni	IV
Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	IV
Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	IV
Linfoadenectomia sopraclaveare	III
Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico	I
Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle	V
Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	III
Tiroide, lobectomie	IV
Tiroidectomia per gozzo intratoracico sia per via cervicale che per via sternotomica o toracotomia	V
Tiroidectomia subtotale	IV
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale	VI
Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale	V
Tracheotomia, chiusura e plastica	II
Tracheotomia con tracheostomia sia d'urgenza che di elezione	III
Tubo laringo-tracheale, intervento per ferite del	IV
Tumore maligno del collo, asportazione di	IV
CHIRURGIA DELL'ESOFAGO	
Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	IV
Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	V
Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo,	VI



compresa linfadenectomia	
Esofago, resezione parziale dell'	VI
Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia	VI
Esofagogastroduodenoscopia operativa	II
Esofagogastroplastica-esofagodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)	V
Esofagostomia	III
Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica	IV
Protesi endo-esofagee, collocazione di	II
Stenosi benigne dell'esofago, interventi per	V
Stenosi esofagee, trattamento endoscopico con laser (per seduta)	I
Varici esofagee: emostasi con sonda tamponante o sclero terapia endoscopica	II
Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale	V
CHIRURGIA DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	
Agobiopsia/agoaspirato	I
Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	VI
Biopsia epatica (come unico intervento)	II
Calcolosi intraepatica, intervento per	V
Cisti o ascessi epatici da echinococco, pericistectomia	V
Colecistectomia	IV
Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia	IV
Colecistectomia per neoplasie non resecabili	IV
Coledoco-epatico-digiuno/duodenostomia con o senza colecistectomia	V
Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)	V
Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia	IV
Deconnessione azygos-portale per via addominale	V
Drenaggio bilio-digestivo intraepatico	IV
Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica	II
Litotripsia per calcoli delle vie biliari principale ed accessoria (trattamento completo)	V
Papilla di Vater, exeresi	IV
Papillostomia, per via transduodenale (come unico intervento)	IV
Papillotomia, per via endoscopica	III
Resezioni epatiche maggiori	VI
Resezioni epatiche minori	V
Trapianto di fegato	VII
Vie biliari, interventi palliativi	V
CHIRURGIA DELL'INTESTINO	
Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	IV
Appendicectomia con peritonite diffusa	IV
Appendicectomia semplice	III
Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	III
Ascesso perianale, intervento per	III
By-pass gastro-intestinali o intestinali per patologie maligne	VI
By-pass intestinali per il trattamento obesità patologica	V
Cisti dermoide, fistola sacro cocchigea (anche recidive), intervento per	III
Colectomia segmentaria	V
Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia	V
Colectomia totale	V
Colectomia totale con linfadenectomia	VI
Colectomia con coloproctomia (come unico intervento)	IV

Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	III
Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)	IV
Corpi estranei dal retto, estrazione per via addominale di	IV
Corpi estranei, estrazione con sfinterotomia di	II
Digiunostomia (come unico intervento)	III
Diverticoli di Meckel, resezione di	III
Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	III
Emicolectomia destra con linfadenectomia	V
Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Emorroidi e/o ragadi, crio-chirurgia (trattamento completo)	II
Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per	III
Emorroidi e/o ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
Emorroidi, intervento chirurgico radicale	III
Emorroidi, legatura elastica delle (trattamento completo)	II
Enterostomia (come unico intervento)	IV
Fistola anale extrasfinterica	III
Fistola anale intrasfinterica	II
Fistole anali, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
Hartmann, intervento di	VI
Ileostomia (come unico intervento)	IV
Incontinenza anale, intervento per	IV
Intestino, resezione dell'	V
Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	IV
Megacolon: colostomia	III
Mikulicz, estrinsecazione sec.	III
Pan-colonscopia operativa	II
Polipectomia per via laparoscopica	III
Polipo rettale, asportazione di	II
Procto-colectomia totale con pouch ileale	VI
Prolasso rettale, intervento transanale per	III
Prolasso rettale, per via addominale, intervento per	IV
Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	III
Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, con linfadenectomia inguinale bilaterale	VI
Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del	VI
Rettosigmoidoscopia operativa	I
Sfinterotomia (come unico intervento)	I
Sigma, miotomia del	V
Tumore del retto, asportazione per via sacrale di	V
Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per	V
CHIRURGIA DEL PANCREAS	
Agobiopsia/agoaspirato pancreas	I
Ascessi pancreatici, drenaggio di	III
Biopsia (come unico intervento)	II
Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	V
Derivazione pancreatico-Wirsung digestive	V
Duodeno cefalo pancreatocomia compresa eventuale linfadenectomia	VI
Fistola pancreatica, intervento per	VI
Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)	V
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	VI
Pancreatocomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia	VI
Pancreatocomia totale (compresa eventuale	VI



linfadenectomia)	
Pancreatite acuta, interventi conservativi	V
Pancreatite acuta, interventi demolitivi	VI
Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	V
Splenectomia	V
Trapianto del pancreas	VII
CHIRURGIA DELLA PARETE ADDOMINALE	
Cisti, ematomi, ascessi, flemmoni parete addominale	I
Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per	III
Ernia crurale semplice o recidiva	II
Ernia crurale strozzata	III
Ernia diaframmatica	V
Ernia epigastrica semplice, strozzata o recidiva	III
Ernia inguinale con ectopia testicolare	III
Ernia inguinale semplice, strozzata o recidiva	III
Ernia ombelicale semplice o recidiva	III
Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perineale)	IV
Laparocoele, intervento per	IV
Linfadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	IV
Linfadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	III
Tumore maligno della parete addominale, asportazione di	III
CHIRURGIA DEL PERITONEO	
Ascesso del Douglas, drenaggio	III
Ascesso sub-frenico, drenaggio	IV
Laparoscopia esplorativa/diagnostica/operativa	II
Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi	V
Laparotomia con resezione intestinale	V
Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili	IV
Laparotomia per contusioni e ferite all'addome senza lesioni di organi interni	IV
Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedano exeresi	V
Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	V
Laparotomia per peritonite diffusa	IV
Laparotomia per peritonite saccata	IV
Laparotomia semplice (esplorativa e/o lisi aderenze)	IV
Lavaggio peritoneale diagnostico	I
Occlusione intestinale con resezione	V
Occlusione intestinale senza resezione	IV
Paracentesi	I
Tumore retroperitoneale, exeresi di	V
CHIRURGIA PICCOLI INTERVENTI	
Accesso periferico per posizionamento di catetere venoso	I
Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo casi descritti	I
Ascesso o flemmone diffuso, sottoaponeurotico, superficiale o circoscritto incisione di	I
Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti	I
Cisti sinoviale, asportazione radicale di	I
Cisti tronco/arti, asportazione di	I
Corpo estraneo superficiale o profondo extracavitario, estrazione di	I
Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del	I
Ematoma superficiale, profondi extracavitari svuotamento di	I

Espianto di catetere peritoneale	I
Ferita superficiale o profonda della faccia, sutura di	I
Ferita superficiale o profonda, sutura di	I
Fistola artero-venosa periferica, preparazione di	I
Impianto chirurgico di catetere peritoneale	I
Patereccio superficiale, profondo o osseo, intervento per	II
Posizionamento percutaneo di catetere venoso centrale (come unica prestazione)	I
Tumore profondo extracavitario, asportazione di	II
Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di	II
Tumore superficiale o sottocutaneo benigno, asportazione di	I
Unghia incarnita, asportazione o cura radicale di	I
CHIRURGIA DELLO STOMACO	
Dumping syndrome, interventi di riconversione per	V
Ernia jatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)	IV
Fistola gastro-digiuno colica, intervento per	VI
Gastrectomia totale con linfadenectomia	VI
Gastrectomia totale per patologia benigna	V
Gastro-enterostomia per neoplasie non resecabili	IV
Gastrostomia (PEG)	III
Pilorooplastica (come unico intervento)	IV
Resezione gastro-duodenale	V
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	V
Vagotomia selettiva, tronculare con pilorooplastica	V
Vagotomia superselettiva	V
CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE	
Calcolo salivare, asportazione di	II
Cisti del mascellare, operazione per	II
Cisti, mucose, piccole neoplasie benigne: della lingua o delle guance o del labbro o del pavimento orale (asportazione di)	I
Condilectomia (come unico intervento)	III
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale	V
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale	IV
Corpi estranei profondi dei tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di	II
Fissazione con ferule di elementi dentali lussati (per arcata)	I
Fistola del dotto di Stenone, intervento per	II
Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle	III
Formazioni cistiche endoparotidiche, enucleoresezione di	IV
Fornice gengivale superiore o inferiore, plastica del	II
Fossa pterigo-mascellare, chirurgia della	VI
Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	IV
Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle	IV
Fratture mandibolari, riduzione con ferule	II
Frenulotomia con frenuloplastica superiore ed inferiore	I
Linfoangioma cistico del collo, intervento per	IV
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare	V
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale	VI
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	IV
Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia	II
Lussazione mandibolare, terapia chirurgica per	III



Mandibola, resezione parziale per neoplasia della	V
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del	V
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	VI
Meniscectomia dell'articolazione temporo-mandibolare (come unico intervento)	III
Neoformazione endossea di grandi dimensioni exeresi di	III
Neoformazione endossee di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, torus palatino e mandibolare) exeresi di	II
Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	V
Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	III
Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di	II
Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di	I
Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per	V
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per	IV
Parotidectomia parziale o totale	V
Plastica di fistola palatina	III
Plastiche mucose per comunicazioni oro-antrali	II
Ranula, asportazione di	II
Ricostruzione con innesti ossei, con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	V
Scappucciamento osteo-mucoso dente semincluso	I
Seno mascellare, apertura per processo alveolare	II
Tumori benigni o misti della parotide, enucleazione di	IV
CHIRURGIA PEDIATRICA	
Asportazione tumore di Wilms	VI
Cefaloematoma, aspirazione di	I
Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene) intervento per	VI
Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale	V
Granuloma ombelicale, cauterizzazione	I
Neuroblastoma addominale, endotoracico o pelvico	VI
Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)	VI
Occlusione intestinale del neonato, con o senza resezione intestinale	V
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice	III
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva	VI
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz	VI
Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del	V
Retto, prolasso con cerchiaggio anale del	II
Retto, prolasso con operazione addominale del	V
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	
Allestimento di lembo pedunculato	II
Angiomi del viso di grandi dimensioni (oltre cm. 4), intervento per	III
Angiomi del viso di piccole dimensioni (meno di cm. 4), intervento per	II
Angiomi di tronco e arti di grandi dimensioni (oltre cm. 7), intervento per	II
Angiomi di tronco e arti di piccole/medie dimensioni (meno di cm. 7), intervento per	I
Cheloidi di grandi dimensioni, asportazione di	II
Cheloidi di piccole dimensioni, asportazione di	I
Cicatrici del viso, del tronco o degli arti, qualsiasi	II

dimensione, correzione di	
Innesti composti	II
Innesto dermo epidermico o dermo adiposo o cutaneo libero o di mucosa	II
Innesto di fascia lata	II
Innesto di nervo, di tendine, osseo o cartilagineo	III
Intervento di push-back e faringoplastica	IV
Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva delle	III
Modellamento di lembo in situ	II
Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	III
Plastica a Z del volto o altra sede	II
Plastica V/Y, Y/V	II
Retrazione cicatriziale delle dita con innesto, intervento per	IV
Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto, intervento per	III
Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	V
Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale	IV
Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea	III
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	III
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	II
Riparazione di P.S.C. con lembo fasciocutaneo	III
Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo	IV
Riparazione di P.S.C. o di esiti cicatriziali mediante espansione tissutale	III
Toilette di ustioni di grandi dimensioni (prestazione ambulatoriale)	I
Toilette di ustioni di piccole dimensioni (prestazione ambulatoriale)	I
Trasferimento di lembo libero microvascolare	V
Trasferimento di lembo pedunculato	II
Tumori maligni profondi del viso, asportazione di	III
Tumori maligni superficiali del viso, intervento per	II
Tumori superficiali o cisti benigne del viso, intervento per	I
CHIRURGIA TORACO-POLMONARE	
Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa	I
Ascessi, interventi per	IV
Bilobectomie, intervento di	VI
Biopsia laterocervicale	I
Biopsia sopraclavare	I
Broncoinstillazione endoscopica	II
Cisti (echinococco od altre), asportazione di	V
Decorticazione pleuro-polmonare, intervento di	V
Drenaggi di mediastiniti acute o croniche o di accessi	II
Drenaggio cavità empiematiche	II
Drenaggio pleurico per emo e/o pneumotorace traumatico	II
Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	I
Enfisema bollosa, trattamento chirurgico	IV
Ernie diaframmatiche traumatiche	V
Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	V
Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	III
Ferite con lesioni viscerali del torace	V
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	VI
Fistole esofago bronchiali, interventi di	VI
Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	III
Lavaggio bronco-alveolare endoscopico	I
Lavaggio pleurico	I



Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)	V
Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	IV
Mediastinoscopia diagnostica o operativa	II
Mediastinoscopia soprasternale per enfisema mediastinico	II
Neoformazioni costali localizzate	II
Neoformazioni del diaframma	IV
Neoformazioni della trachea	III
Neoplasie maligne coste e/o sterno	IV
Neoplasie maligne della trachea	VI
Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino	VI
Pleurectomie	V
Pleuropneumonectomia	VI
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	III
Pneumonectomia, intervento di	VI
Pneumotorace terapeutico	I
Puntato sternale o midollare	I
Puntura esplorativa del polmone	I
Relaxatio diaframmatica	V
Resezione bronchiale con reimpianto	VI
Resezione di costa soprannumeraria	V
Resezione segmentaria o lobectomia	V
Resezioni segmentarie tipiche o atipiche	V
Sindromi stretto toracico superiore	V
Timectomia	V
Toracentesi	I
Toracoplastica, primo tempo	V
Toracoplastica, secondo tempo	III
Toracoscopia	II
Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	IV
Tracheo-broncoscopia esplorativa	II
Tracheo-broncoscopia operativa	III
Trapianto di polmone	VII
CHIRURGIA VASCOLARE	
Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto	VI
Aneurismi arterie distali degli arti	IV
Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronco sovraortici	V
Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	V
By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale	V
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavia	V
By-pass arterie periferiche: femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo	V
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	V
Fasciotomia decompressiva	IV
Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	I
Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca	II
Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omeroale-mammaria interna-brachiale-ascellare-glutea-carotide-vertebrale-succlavia-anonima	IV
Legatura e/o sutura di piccoli vasi: tibiali-linguale-tiroidea-mascellare-temporale-facciale-radiale-cubitali-arcate palma-ri/pedidie	II
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche (CHIVA)	III
Trombectomia venosa superficiale (come unico	III

intervento)	
Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale	VI
Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendoarteriectomia e plastica arteria femorale	V
Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Varicectomia con o senza legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	II
CHIRURGIA DERMATOLOGICA, CRIOTERAPIA, LASER	
Asportazione con LASER di tumori benigni cutanei o delle mucose esclusi quelli del viso (unica seduta)	I
Asportazione con LASER di tumori benigni del viso (unica seduta)	I
Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni (per seduta)	I
Trattamento mediante LASER di alterazioni cutanee virali (condilomi, etc.) (per seduta)	I
Trattamento mediante LASER di tumori maligni cutanei (trattamento completo)	I
GASTROENTEROLOGIA	
Biopsia digiunale sotto scopia con capsula a suzione	I
GINECOLOGIA	
Adesiolisi	IV
Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde	I
Annessiectomia bilaterale, interventi conservativi di	V
Annessiectomia bilaterale, interventi demolitivi di	V
Annessiectomia monolaterale, interventi conservativi di	IV
Annessiectomia monolaterale, interventi demolitivi di	IV
Ascessi delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di	I
Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di	III
Ascesso pelvico, trattamento chirurgico	II
Biopsia della portio, vulva, vagina, endometrio	I
Cisti della ghiandola del Bartolini, asportazione di	III
Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	IV
Cisti vaginale, asportazione di	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	III
Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purulente	II
Conizzazione e tracheloplastica	III
Denervazione vulvare	II
Diatermocoagulazione della portio uterina o vulva	I
Dilatazione del collo e applicazione di tubetto di Petit-Leufour endouterino	I
Eviscerazione pelvica	VI
Fistole uterili, vescico-vaginale, retto-vaginale, intervento per	V
Incontinenza uterina, intervento per via vaginale o addominale	V
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con o senza linfoadenectomia	V
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparoscopica o per via vaginale, intervento di	IV
Isteropessi	IV
Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsie (come unico	I



esame)	
Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per	III
Isteroscopia operativa: corpi estranei, rimozione di	I
Isteroscopia operativa: sinechie-setti-fibromi-polipi, intervento per	II
Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie	II
Laparotomia esplorativa (come unico intervento)	II
Laparotomia esplorativa con linfadenectomia lombo pelvica selettiva e bioptica	V
Laparotomia per ferite e rotture dell'utero	V
Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta)	I
Linfadenectomia laparoscopica (come unico intervento)	IV
Metroplastica (come unico intervento)	IV
Miomectomie per via laparoscopica e ricostruzione plastica dell'utero	IV
Miomectomie per via vaginale	III
Neoformazioni della vulva, asportazione	I
Neurectomia semplice	IV
Plastica con allargamento dell'introito (compreso intervento per vaginismo)	III
Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di	IV
Plastica vaginale anteriore o posteriore, intervento di	III
Polipi cervicali, asportazione di	I
Polipi orifizio uretrale esterno	I
Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addominale o vaginale	IV
Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di	II
Raschiamento endouterino diagnostico e terapeutico	II
Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	IV
Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale	III
Salpingectomia bilaterale	IV
Salpingectomia monolaterale	IV
Salpingoplastica	V
Setto vaginale, asportazione chirurgica	II
Tracheloplastica (come unico intervento)	II
Trattamento chirurgico conservativo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriose addomino-pelviche-annessiali	V
Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico conservativo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriose addomino-pelviche-annessiali	IV
Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriose addomino-pelviche-annessiali	IV
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriose addomino-pelviche-annessiali	IV
Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per	V
Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per	IV
V.A.B.R.A. a scopo diagnostico	I
Vulvectomia parziale	III
Vulvectomia parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento	IV

di	
Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	VI
Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di	IV
Vulvectomia totale	IV
OSTETRICIA	
Aborto terapeutico	II
Amniocentesi	II
Assistenza al parto con taglio cesareo conservativo o demolitivo (comprensiva della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero)	IV
Biopsia villi coriali	II
Cerchiaggio cervicale	II
Colpoperineorrafia per deiscenza sutura, intervento di	I
Cordocentesi	II
Fetoscopia	II
Lacerazione cervicale, sutura di	I
Laparotomia esplorativa	II
Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore	V
Mastite puerperale, trattamento chirurgico	I
Revisione delle vie del parto, intervento per	II
Revisione di cavità uterina per aborto in atto-postabortivo-in puerperio, intervento	II
Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica, intervento di	IV
NEUROCHIRURGIA	
Anastomosi vasi intra-extra cranici	VI
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per	VI
Carotide endocranica, legatura della	V
Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni	VI
Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di	VI
Coorpo estraneo intracranico, asportazione di	VI
Cranioplastica	VI
Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo	V
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali o ematoma extradurale	VI
Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	VII
Deviazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per	VI
Epilessia focale, intervento per	VI
Ernia del disco dorsale o lombare	IV
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica	V
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	IV
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	V
Fistola liquorale	VI
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	V
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	VI
Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	VI
Gangliectomia lombare o splanchniectomia	V
Ipofisi, intervento per via transfenoidale	VI
Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali	V
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari	VI
Laminectomia per tumori intramidollari	VI
Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di	VII
Neoplasie endorachidee, asportazione di	V
Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	VI



Neurolisi (come unico intervento)	III
Neuroraffia primaria (come unico intervento)	III
Neurotomia retrogasseriana, sezione entracranica di altri nervi (come unico intervento)	VI
Neurotomia semplice (come unico intervento)	III
Plastica volta cranica	VI
Plesso brachiale, intervento sul	V
Puntura sottoccipitale per prelievo liquido o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto	I
Registrazione continua della pressione intracranica	I
Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche	VI
Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica (compresa eventuale plastica)	VI
Simpatico cervicale: denervazione del seno catotideo, intervento sul	IV
Simpatico cervicale gangliectomia, intervento sul	IV
Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul	IV
Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul	IV
Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi slancnici	V
Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul	IV
Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul	IV
Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul	III
Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul	IV
Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul	IV
Simpatico lombare: splancnicectomia, intervento sul	IV
Stenosi vertebrale lombare	V
Stereotassi, intervento di	V
Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici	III
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili	VII
Termorizotomia del trigemino o di altri nervi cranici	IV
Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare	III
Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)	IV
Traumi vertebro-midollari via anteriore o posteriore, intervento per	VI
Tumori orbitali, asportazione per via endocranica	VII
Tumori dei nervi periferici, asportazione di	V
Tumori della base cranica, intervento per via transorale	VII
Tumori orbitali, intervento per	VI
OCULISTICA BULBO OCULARE	
Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	III
Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	V
Enucleazione con innesto protesi mobile	IV
Enucleazione o exenteratio	III
Eviscerazione con impianto intraoculare	IV
OCULISTICA CONGIUNTIVA	
Corpi estranei, asportazione di	I
Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto	II
Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento	II
Piccole cisti, sutura con innesto placentare	I
Plastica congiuntivale per innesto o scorrimento	II
Pterigio o pinguecola	I
Sutura di ferita congiuntivale	I
OCULISTICA CORNEA	
Cheratomileusi	III

Cheratoplastica a tutto spessore	IV
Cheratoplastica lamellare	III
Cheratoplastica refrattiva (escluse finalità estetiche)	II
Corpi estranei dalla cornea (estrazione di)	I
Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	III
Epicheratoplastica	IV
Lenticolo biologico, apposizione a scopo terapeutico	I
Odontocheratoprotesi (trattamento completo)	IV
Paracentesi della camera anteriore	I
Sutura corneale (come unico intervento)	I
Trapianto corneale a tutto spessore	VI
Trapianto corneale lamellare	V
OCULISTICA CRISTALLINO	
Aspirazione di masse catarattose (come unico intervento)	III
Cataratta (senile, traumatica, patologica, complicata), estrazione di	III
Cataratta congenita o traumatica, discissione di	II
Cataratta molle, intervento per	III
Cataratta secondaria, discissione di	I
Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	III
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera anteriore	II
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore	III
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera anteriore (come unico intervento)	II
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento)	III
Cristallino lussato-cataratta complicata, estrazione di	III
Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala)	III
Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	III
OCULISTICA IRIDE	
Cisti iridee, asportazione e plastica di	II
Iridectomia	II
Irido-dialisi, intervento per	II
Iridoplastica	II
Iridotomia	II
Prolasso irideo, riduzione	II
Sinechiotomia	II
Sutura dell'iride	II
OCULISTICA MUSCOLI	
Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento di	II
Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento di	III
Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche)	III
Strabismo paralitico, intervento per	III
OCULISTICA INTERVENTI PER GLAUCOMA	
Alcolizzazione nervo cigliare, intervento per	I
Ciclodialisi	III
Ciclodiatomia perforante	II
Goniotomia	III
Idrocicloretrazione, intervento di	IV
Microchirurgia dell'angolo camerulare	IV
Operazione fistolizzante	IV
Trabeculectomia	IV
Trabeculectomia + asportazione cataratta - intervento combinato	IV
Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale - intervento combinato	V
Trabeculotomia	III



OCULISTICA ORBITA	
Biopsia orbitaria	II
Cavità orbitaria, plastica per	III
Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	III
Corpi estranei endoorbitali, asportazione di	II
Exenteratio orbitale	IV
Iniezione endorbitale	I
Operazione di Kronlein od orbitotomia	VI
Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	III
OCULISTICA PALPEBRE	
Ascesso palpebrale, incisione di	I
Blefarocalasi o traumi o ferite, intervento di blefaroplastica: 1 palpebra	II
Calazio	II
Cantoplastica	II
Entropion-ectropion	II
Epicanto-coloboma	II
Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: 1 palpebra (escluse finalità estetiche)	I
Ernie palpebrali, correzione di (escluse finalità estetiche)	I
Piccoli tumori o cisti, asportazione di	I
Riapertura di anchiloblefaron	I
Sutura cute palpebrale (come unico intervento)	I
Sutura per ferite a tutto spessore (come unico intervento)	I
Tarsorrafia (come unico intervento)	I
Tumori, asportazione con plastica per innesto	III
Tumori, asportazione con plastica per scorrimento	II
OCULISTICA RETINA	
Asportazione, cerchiaggio, rimozione materiali usati durante l'intervento di distacco	II
Diatermocoagulazione retinica per distacco	III
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	IV
Vitrectomia anteriore e posteriore	V
OCULISTICA SCLERA	
Sclerectomia (come unico intervento)	IV
Sutura sclerale	II
OCULISTICA SOPRACCIGLIO	
Cisti o corpi estranei, asportazione di	I
Elevazione del sopracciglio, intervento per	II
Plastica per innesto o per scorrimento	II
Sutura ferite	I
OCULISTICA TRATTAMENTI LASER	
Laserchirurgia della cornea a scopo terapeutico o ottico (escluse finalità estetiche)	II
Laserterapia degli annessi, della congiuntiva, dei neovascolari	I
Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze	I
Laserterapia delle vasculopatie e/o malformazioni retiniche /a seduta)	I
Laserterapia iridea	I
Laserterapia lesioni retiniche	I
Laserterapia nella retinopatia diabetica (per seduta)	I
Trattamenti laser per cataratta secondaria	I
OCULISTICA VIE LACRIMALI	
Chiusura del puntino lacrimale (compresa eventuale protesisi)	I
Dicriocistorinostomia o intubazione	III
Fistola, asportazione	I
Flemmone, incisione di (come unico intervento)	I

Impianto tubi di silicone nelle stenosi delle vie lacrimali	I
Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del	II
Sacco lacrimale, incisione di (come unico intervento)	I
Stricturotomia (come unico intervento)	I
Vie lacrimali, ricostruzione	III
ORTOPEDIA - INTERVENTI CRUENTI	
Acromioplastica anteriore	IV
Agoaspirato osseo	I
Alluce valgo correzione di	III
Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	V
Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)	IV
Amputazione medi segmenti (trattamento completo)	III
Amputazione piccoli segmenti (trattamento completo)	II
Artrodesi vertebrale per via anteriore e/o posteriore	VI
Artrodesi: grandi articolazioni	IV
Artrodesi: medie articolazioni	II
Artrodesi: piccole articolazioni	II
Artrodesi: grandi	III
Artrodesi: medie	II
Artrodesi: piccole	II
Artroplastiche con materiale biologico: grandi	V
Artroplastiche con materiale biologico: medie	III
Artroplastiche con materiale biologico: piccole	II
Artroprotesi polso	V
Artroprotesi spalla, parziale	VI
Artroprotesi spalla, totale	VI
Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)	VI
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)	VI
Artroprotesi: ginocchio	VI
Artroprotesi: gomito, tibiotarsica	VI
Artroscopia diagnostica (come unico intervento)	II
Ascesso freddo, drenaggio di	I
Biopsia articolare o ossea	I
Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali	III
Biopsia vertebrale a cielo aperto	II
Borsectomia	II
Calcaneo stop	III
Chemonucleolisi per ernia discale	IV
Cisti menisciale, asportazione di	III
Condrectomia	I
Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	III
Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per	V
Costruzione di monconi cinematici	IV
Disarticolazione interscapolo toracica	VI
Disarticolazioni, grandi	VI
Disarticolazioni, medie	V
Disarticolazioni, piccole	III
Elsmie-Trillat, intervento di	III
Empipectomia	VI
Empipectomie "interne" con salvataggio dell'arto	VI
Epifisiodesi	IV
Ernia del disco dorsale o lombare	IV
Ernia del disco dorsale per via transtoracica	V
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	IV
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	V
Esostosi semplice, asportazione di	II
Lateral release	I



Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	IV
Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di	IV
Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia)	IV
Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per	IV
Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	III
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili (trattamento completo)	IV
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili + condroabrasione (trattamento completo)	IV
Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)	III
Midollo osseo, espianto di	II
Neurinomi, trattamento chirurgico di	III
Nucleoaspirazione e/o nucleolisi lombare	IV
Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	IV
Osteosintesi vertebrale	VI
Osteosintesi: grandi segmenti	V
Osteosintesi: medi segmenti	IV
Osteosintesi: piccoli segmenti	III
Osteotomia semplice o complessa (bacino, vertebrale, ect.)	III
Perforazione alla Boeck	I
Prelievo di trapianto osseo con innesto	III
Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	V
Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	IV
Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	III
Puntato tibiale o iliaco	I
Radio distale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	V
Rimpianti di arto o suo segmento	VII
Resezione articolare	IV
Resezione del sacro	V
Riallineamento metatarsale	IV
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale	VI
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni	IV
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di medie e piccole articolazioni	II
Rimozione mezzi di sintesi	III
Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione	IV
Scapulopessi	IV
Scoliosi, intervento per	VI
Sinoviectomia grandi e medie articolazioni (come unico intervento)	VI
Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)	II
Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg	VI
Stenosi vertebrale lombare	V
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento	V
Tetto cotiloideo, ricostruzione di	V
Toilette chirurgica e piccole suture	I
Traslazione muscoli cuffia rotatori della spalla	IV
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	V
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	IV

Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di	II
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di	VI
Uncoforaminotomia o vertebrotonomia (trattamento completo)	VI
Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche di	V

ORTOPEDIA-TENDINI, MUSCOLI, FASCE

Biopsia muscolare	I
Deformità ad asola	IV
Dito a martello	II
Gangli tendinei (cisti) e/o iatrogeni, asportazione di	II
Tenolisi (come unico intervento)	II
Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	III
Tenorrafia complessa	III
Tenorrafia semplice	II
Tenotomia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)	III
Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	IV

OTORINOLARINGOIATRIA : FARINGE-CAVO ORALE-OROFARINGE E GHIANDOLE SALIVARI

Ascesso peritonsillare, retrofaringeo o latero faringeo, incisione di	I
Leucoplachia, asportazione	I
Neoplasie parafaringee	V
Tonsillectomia	III
Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di	II
Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	IV
Ugulotomia	I
Velofaringoplastica	IV

OTORINOLARINGOIATRIA : NASO E SENI PARANASALI

Adenoidectomia	II
Adenotonsillectomia	III
Cateterismo seno frontale	I
Cisti o piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di	I
Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	III
Ematoma, ascesso del setto, drenaggio di	I
Etmoide, svuotamento radicale bilaterale	IV
Etmoide, svuotamento radicale monolaterale	III
Fistole oro-antrali	I
Fratture delle ossa nasali, riduzione di	I
Ozena, cura chirurgica dell'	II
Polipi nasali o coanali, asportazione semplice di	I
Rinofima, intervento	II
Rinosettoplastica con innesti liberi di osso	V
Rino-Settoplastica ricostruttive o funzionali (escluse finalità estetiche). Compresa turbinotomia	III
Rino-Settoplastica, revisione di	II
Seni paranasali, intervento per mucocele	IV
Seni paranasali, intervento radicale mono o bilaterale	V
Seno frontale, svuotamento per via nasale o esterna	II
Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale	III
Seno mascellare, svuotamento radicale monolaterale	II
Seno sfenoidale, apertura per via transnasale	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare conservativa con turbinotomie funzionali	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo o secondo grado monolaterale allargata	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare	V



radicale di terzo grado monolaterale allargata	
Sinechie nasali, recisione di	I
Speroni o creste del setto, asportazione di	I
Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	III
Tumori maligni del naso e dei seni paranasali, asportazione di	VI
Turbinati inferiori, svuotamento funzionale (come unico intervento)	I
Turbinati, cauterizzazione dei (come unico intervento)	I
Turbinotomia (come unico intervento)	II
Varici del setto, trattamento di	I

OTORINOLARINGOIATRIA : ORECCHIO

Antro-atticotomia con labirintectomia	VI
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica	VI
Ascesso del condotto, incisione di	I
Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidica	VI
Corpi estranei, asportazione per via chirurgica retroauricolare	I
Drenaggio transtimpanico	I
Ematoma del padiglione, incisione di	I
Fistole congenite, asportazione di	II
Mastoidectomia	IV
Mastoidectomia radicale	V
Miringoplastica per via endoaurale	III
Miringoplastica per via retroauricolare	IV
Miringotomia (come unico intervento)	I
Neoplasia del padiglione, exeresi di	II
Neoplasie del condotto, exeresi di	II
Nervo vestibolare, sezione del	VI
Neurinoma dell'ottavo paio asportazione di	VI
Osteomi del condotto, asportazione di	II
Petrosectomia	VI
Petrositi suppurate, trattamento delle	V
Polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, asportazione di	I
Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	V
Sacco endolinfatico, chirurgia del	V
Stapedectomia	V
Stapedotomia	V
Timpanoplastica con o senza mastoidectomia	V
Timpanoplastica secondo tempo di	III
Timpanotomia esplorativa	II
Tumori dell'orecchio medio, asportazione di	V

OTORINOLARINGOIATRIA : LARINGE E IPOFARINGE

Adduttori, intervento per paralisi degli	V
Ascesso dell'epiglottide, incisione	I
Biopsia in laringoscopia	I
Biopsia in microlaringoscopia	I
Cauterizzazione endolaringea	I
Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	III
Cordectomia (anche laser)	V
Corpi estranei, asportazione in laringoscopia	I
Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	IV
Laringectomia parziale	V
Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	VI
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale	VI
Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	V
Laringocele	IV
Laringofaringectomia totale	VI
Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia	II

Neoformazioni benigne, asportazione in microlaringoscopia	II
Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	II
Nervo laringeo superiore, alcoolizzazione del	I
Papilloma laringeo	II
Pericondrite ed ascesso perifaringeo	II

UROLOGIA : ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento)	II
Cistoscopia ed eventuale biopsia	II
Cromocistoscopia e cateterismo uretrale mono o bilaterale	I
Cromocistoscopia e valutazione funzionale	I
Ureteroscopia (omnicomprensiva)	I
Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico)	I

UROLOGIA : ENDOSCOPIA OPERATIVA

Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	III
Collo vescicale o prostata, resezione endoscopica del	IV
Collo vescicale, resezione per sclerosi, recidiva	II
Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di	II
Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali - per seduta	I
Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	IV
Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, ect.	IV
Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	III
Meatotomia ureterale (come unico intervento)	I
Meatotomia uretrale (come unico intervento)	I
Nefrostomia percutanea bilaterale	III
Nefrostomia percutanea monolaterale	II
Neoformazioni ureterali, resezione endoscopica di	III
Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	IV
Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVP)	IV
Reflusso vescico-ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	III
Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento)	II
Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento)	I
Ureterocele, intervento endoscopico per	III
Uretrotomia endoscopica	II
Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento)	II
Wall Stent per stenosi ureterali compresa nefrostomia	V
Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume)	II

UROLOGIA : PICCOLI INTERVENTI E DIAGNOSTICA UROLOGICA

Cambio tubo cistostomico	I
Cambio tubo pielostomico	I

UROLOGIA : PROSTATA

Agoaspirato/agobiopsia prostata	I
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)	VI
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	IV

UROLOGIA : RENE

Agobiopsia renale percutanea	I
Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)	III
Cisti renale per via percutanea, puntura di	I
Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti	I
Cisti renale, resezione	III
Eminefrectomia	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale bilaterale (trattamento completo)	V



Litotripsia extracorporea per calcolosi renale monolaterale (trattamento completo)	IV
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
Lobotomia per ascessi pararenali	IV
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)	VI
Nefrectomia polare	V
Nefrectomia semplice	V
Nefropessi	IV
Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento)	IV
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	VI
Nefroureterectomia radicale più trattamento per trombo cavale (compresa surrenectomia)	VI
Pielocalcolitotomia (come unico intervento)	IV
Pielocentesi (come unico intervento)	I
Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalente), intervento di	V
Pieloureteroplastica per stenosi del giunto	V
Surrenectomia (trattamento completo)	VI
Trapianto del rene	VII
UROLOGIA : URETERE	
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
Transuretero-uretero-anastomosi	IV
Uretero-ileo-anastomosi mono o bilaterale	V
Ureterocistoneostomia bilaterale	V
Ureterocistoneostomia monolaterale	III
Ureterocutaneostomia bilaterale	V
Ureterocutaneostomia monolaterale	IV
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (mono o bilaterale), intervento di	VI
Ureteroileocutaneostomia non continente	V
Ureterolisi più omentoplastica	III
Ureterolitotomia lombo-iliaca	IV
Ureterolitotomia pelvica	V
Ureterosigmoidostomia mono o bilaterale	V
Calcoli o corpi estranei uretrali, rimozione di	I
Caruncola uretrale	I
Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per	II
Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell'uretra	III
Fistole uretrali	V
Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	IV
Meatotomia e meatoplastica	II
Polipi del meato, coagulazione di	I
Prolasso mucoso uterale	II
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	IV
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	V
Rottura traumatica dell'uretra	IV
Ureterectomia totale	IV
Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	IV
Uretroplastiche (lembi liberi o peduncolati), trattamento completo	V
Uretrostomia perineale	III
UROLOGIA : VESCICA	
Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	III
Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	V

Cistectomia parziale semplice	IV
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculetomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	VI
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculetomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	VI
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculetomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	VI
Cistolitotomia (come unico intervento)	II
Cistopessi	III
Cistorrafia per rottura traumatica	III
Cistostomia sovrapubica	II
Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	V
Diverticuletomia	IV
Estrofia vescicale (trattamento completo)	VI
Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per	IV
Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento)	III
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per	VI
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	V
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	V
Vescicoplastica antireflusso	V
UROLOGIA : APPARATO GENITALE MASCHILE	
Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)	I
Biopsia testicolare mono o bilaterale	I
Cisti del testicolo o dell'epididimo, exeresi	II
Deferenti, legatura dei (per patologie croniche)	II
Deferenti, ricanalizzazione dei	IV
Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia	V
Epididimectomia	III
Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per	II
Fistole scrotali o inguinali	III
Frenulotomia e frenuloplastica	I
Funicolo, detorsione del	III
Idrocele, intervento per	II
Idrocele, puntura di	I
Induratio penis plastica, interventi per	IV
Corpi cavernosi (corporoplastiche, ect.) interventi sui	IV
Orchidopessi mono o bilaterale	III
Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale	V
Orchiectomia sottocapsulare bilaterale	III
Orchiepididimectomia bilaterale con eventuali protesi	IV
Orchiepididimectomia monolaterale con eventuali protesi	III
Parafimosi, intervento per	II
Pene, amputazione parziale del	III
Pene, amputazione totale con linfadenectomia	V
Pene, amputazione totale del	IV
Posizionamento di protesi peniena	V
Priapismo (percutanea), intervento per	II
Priapismo (shunt), intervento per	III
Scroto, resezione dello	II
Traumi del testicolo, intervento di riparazione per	II
Tumori del testicolo con eventuale linfadenectomia, interventi per	V
Varicocele, intervento per (anche con tecnica microchirurgica)	III



FAC SIMILE – MODULO DI PROPOSTA

CONTRAENTE

Cognome e Nome	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Nato a	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	il	gg/mm/aaaa
Codice fiscale	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Residente in (via, piazza, ecc.)	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	c.a.p.	XXXXXXX
Città e provincia	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Nazione	XXXXXXX
Indirizzo e-mail	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	n. cellulare	XXXXXXXXXXXXXXX

DATI DI POLIZZA

Data decorrenza polizza	gg/mm/aaaa	Data scadenza polizza	gg/mm/aaaa
Scadenza prima quietanza	gg/mm/aaaa	Durata del contratto : Anni e giorni	ANNUALE
Caratteristica contratto:	Polizza annuale con tacito rinnovo.		
Frazionamento	XXXXXXXXXX	Tacito rinnovo	SI
Coassicurazione			NO
Condizioni di assicurazione operanti :	Mod. NET/0225/01 – Ed. 02.2023		

PREMIO

IMPORTO RATA ALLA FIRMA

PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTE	PREMIO LORDO
€ *****	€ *****	€ *****

IMPORTO RATE SUCCESSIVE

PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTE	PREMIO LORDO
€ *****	€ *****	€ *****

FORMA DI COPERTURA SCELTA	Il sottoscritto Contraente della presente polizza dichiara espressamente di voler stipulare il presente contratto optando per la seguente forma di copertura:
<input type="checkbox"/> INDIVIDUALE	
<input type="checkbox"/> NUCLEO (opzione con riduzione di Premio del 15%)	

ASSICURATO N. 1

Cognome e Nome	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Nato a	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	il	gg/mm/aaaa
Codice fiscale	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Residente in (via, piazza, ecc.)	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	c.a.p.	XXXXXXX
Città e provincia	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Nazione	XXXXXXX
Indirizzo e-mail	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	n. cellulare	XXXXXXXXXXXXXXX
Peso (kg.)	XXXXXXX	Altezza (cm.)	XXXXXXX
IMC – Indice di massa corporea			XXXXXXX

GARANZIE

Moduli Assicurato N. 1		Capitale	Premio imponibile annuo*	Imposte	Premio lordo annuo
Indennità Sostitutiva	Piano Assicurativo (Easy o Top)	Vedi Condizioni di Assicurazione	€ *****	€ *****	€ *****
Surgical Cash	Piano Assicurativo (Easy o Top)	Vedi Condizioni di Assicurazione	€ *****	€ *****	€ *****
Rimborso Spese Mediche	Piano Assicurativo (Easy o Top)	Vedi Condizioni di Assicurazione	€ *****	€ *****	€ *****
Visite Specialistiche		Vedi Condizioni di Assicurazione	€ *****	€ *****	€ *****
Accertamenti Diagnostici		Vedi Condizioni di Assicurazione	€ *****	€ *****	€ *****



Prevenzione - Check Up		Vedi Condizioni di Assicurazione	€ *****	€ *****	€ *****
Lenti e Occhiali		Vedi Condizioni di Assicurazione	€ *****	€ *****	€ *****
Dental	Piano Assicurativo (Base o Medium)	Vedi Condizioni di Assicurazione	€ *****	€ *****	€ *****
Dental	Cure 3° Livello	Vedi Condizioni di Assicurazione	€ *****	€ *****	€ *****

*Aggiornamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato.

Il Premio calcolato in base all'età dell'Assicurato alla stipula dell'Assicurazione varia al variare dell'età dell'Assicurato e verrà aggiornato automaticamente al termine di ogni annualità successiva alla stipula dell'Assicurazione.

Avvertenze:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- L'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con l'evidenza del costo a suo carico.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

Le risposte e le informazioni previste in questo documento devono essere fornite dall'Assicurando o, se minorenne, dalla persona esercente la potestà. Per la validità della copertura il documento deve essere compilato in tutte le sue parti e firmato in quanto consente la valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore.

L'Assicurando è consapevole che sono escluse dall'Assicurazione gli stati invalidanti, gli Infortuni, le Malattie in genere, già conosciuti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione nonché le relative complicanze e conseguenze dirette e indirette.

L'Assicurando è consapevole che non sono assicurabili, indipendentemente dall'eventuale valutazione dello stato di salute al momento della richiesta di accesso in copertura, le persone affette da:

- alcolismo
- tossicodipendenza
- infezione da H.I.V e sindromi correlate con o senza AIDS.

Inoltre, se nel corso della copertura insorge una di queste patologie la copertura assicurativa cessa con effetto immediato al loro manifestarsi.

L'Assicurando sopra indicato, nella sua qualità di interessato, letta e compresa l'Informativa Privacy di cui al Set Informativo Mod. NET/0225/01 – Ed. 02.2023, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.netinsurance.it, presta il consenso per il trattamento dei Suoi dati di natura particolare (es. dati relativi allo stato di salute), per le finalità e con le modalità sopra illustrate, consapevole che il trattamento di tali dati è necessario per dare esecuzione ad alcune attività del rapporto contrattuale (ad es., gestione dei sinistri).

Firma dell'Assicurando **FAC SIMILE FIRMA**
(o se minorenne, firma di che ne esercita la potestà)

Data gg/mm/aaaa

QUESTIONARIO SANITARIO

Il sottoscritto Assicurando dichiara che le risposte alle seguenti domande sulla propria persona sono veritiere, esatte e complete:

1	È in attesa di ricovero (anche per parto) o intervento chirurgico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2	Ha già subito un intervento, ricevuto una diagnosi o è in attesa degli esiti di esami, cure o trattamenti in merito a una o più delle seguenti malattie/disturbi: <ul style="list-style-type: none"> • cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno anche della pelle, leucemia o linfoma? • malattie cardiache (del miocardio, vascolari, valvolari, aritmiche) ad esempio: infarto del miocardio, coronaropatia, aneurisma dell'aorta, angina pectoris? • malattie cerebrovascolari ad esempio: ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA), aneurisma cerebrale? 	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



	<ul style="list-style-type: none"> • broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria, polmonite richiedente ricovero? • epatiti croniche virali (esclusa epatite A), cirrosi epatica, pancreatite acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, ad esempio, il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa? • nefrosi, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere? • diabete (tipo 1 e 2)? • morbo di Parkinson, demenza, Alzheimer, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite? 	
3	È a conoscenza di soffrire di ipercolesterolemia, ipo/ipertiroidismo, ipertensione arteriosa non controllate da terapia/farmaci?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4	È stato riconosciuto invalido civile o invalido sul lavoro oppure beneficia di una qualsiasi pensione di invalidità o ha fatto domanda per ottenerla?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Firma dell'Assicurando **FAC SIMILE FIRMA**
(o se minorenni, firma di chi ne esercita la potestà)

Data gg/mm/aaaa

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente:

- chiede a NET INSURANCE S.p.A. - e previo consenso di questa - di stipulare quale Contraente in nome proprio ed in nome e per conto delle persone Assicurate, il contratto di assicurazione "NET MEDICAL INSURANCE" in conformità alle Condizioni di Assicurazione di cui al Mod. NET/0225/01 – Ed 02.2023;
- dichiara di aver avuto completa ed esaustiva soddisfazione rispetto a tutti i quesiti formulati prima della sottoscrizione del presente documento;
- dichiara ai sensi dell'art.56 del Regolamento Ivass n. 40/2018 di aver preso visione:
 - dell'Allegato 4 TER - ELENCO DELLE REGOLE DI COMPORTAMENTO DEL DISTRIBUTORE di aver ricevuto
 - l'Allegato 3 – INFORMATIVA SUL DISTRIBUTORE,
 - l'Allegato 4 – INFORMAZIONI SULLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO ASSICURATIVO NON-IBIP, da rendere al Contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto,
- **dichiara ai sensi dell'art. 11 del Regolamento IVASS n.41/2018 di aver ricevuto e preso visione del Set Informativo di cui al Mod. NET/0225/01 – Ed 02.2023 predisposto da Net Insurance S.p.A., contenente il Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti danni (DIP DANNI), il Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo per i prodotti Danni (DIP aggiuntivo Danni), le Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario ed il Fac – Simile del Modulo di Proposta e di accettare i documenti ivi contenuti come parte integrante del Contratto di Assicurazione;**
- dichiara che le persone Assicurate non sono state assicurate in passato per i medesimi Rischi, mediante contratti in seguito risolti anticipatamente dall'impresa di assicurazioni;
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del Rischio da parte di Net Insurance S.p.A., sono veritiere, precise e complete;
- dichiara di prosciogliere dal segreto professionale i medici e gli istituti di cura che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che riguardino il sottoscritto, autorizzando fin da ora Net Insurance S.p.A. all'acquisizione di copia di cartelle cliniche di degenza e di accertamenti medici.

Il Contraente dichiara inoltre ai sensi dell'art. 120-quater del CAP, di aver scelto di ricevere la trasmissione della documentazione precontrattuale e contrattuale, del contratto di assicurazione concluso, e durante la vigenza del contratto di assicurazione, delle comunicazioni previste dalla normativa vigente, VIA E-MAIL IN FORMATO PDF agli indirizzi di posta elettronica sopra indicati.

Il Contraente **FAC SIMILE FIRMA**



Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, i sottoscritti dichiarano di approvare specificatamente le seguenti norme contenute nel Mod. NET/0225/01 - Ed.02.2023:

Art. 3 – Esclusioni ; Art. 4 - Patologie Preesistenti ; Art. 5 - Termini di Carenza ; Art. 6 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio ; Art. 10 - Limiti di età ; Art. 11 - Persone non assicurabili ; Art. 12 - Effetto, durata e disdetta del contratto – Pagamento del Premio ; Art. 14 – Determinazione e adeguamento del Premio ; Art. 29 - Cosa fare in caso di Sinistro – Recapiti ; Art. 30 – Responsabilità ; Art. 31 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro.

Il Contraente **FAC SIMILE FIRMA**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamente l’informativa Privacy consegnata, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.netinsurance.it

Il Contraente sopra indicato, nella sua qualità di interessato, letta e compresa l’Informativa Privacy:

a) presta il consenso per il trattamento dei Suoi dati di natura particolare (es. dati relativi allo stato di salute), per le finalità e con le modalità sopra illustrate, consapevole che il trattamento di tali dati è necessario per dare esecuzione ad alcune attività del rapporto contrattuale (ad es., gestione dei sinistri)

b) Consapevole che il mancato conferimento dei seguenti consensi non inficierà i rapporti contrattuali intercorrenti con la Società:

- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l’esecuzione di attività di marketing generico da parte di Net Insurance (ad es., questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti di Net Insurance e di altre società del Gruppo con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell’informativa.

presta il consenso nega il consenso

- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per finalità di profilazione a scopo marketing personalizzato da parte di Net Insurance sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti di Net Insurance e di altre società del Gruppo con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell’informativa.

presta il consenso nega il consenso

- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l’esecuzione di attività di marketing da parte di Società terze sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti di tali società con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell’informativa.

presta il consenso nega il consenso

Il Contraente **FAC SIMILE FIRMA**

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Contraente può versare il premio mediante ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario l’Intermediario di Assicurazioni a cui è assegnata la polizza.

Data di sottoscrizione gg/mm/aaaa



Contatti utili

SITO

www.netinsurance.it

Per **DENUNCIARE UN SINISTRO** relativo ai Moduli Assicurativi Base “Indennità Giornaliera”, “Surgical Cash”, “Rimborso Spese Mediche”, per i Moduli Assicurativi Aggiuntivi “Visite Specialistiche”, “Accertamenti Diagnostici”, “Lenti / Occhiali” e “Prevenzione – Check Up”) e per il Modulo Assicurativo “Dental”

- Per telefono: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle h. 8.30 alle h. 18.00 (da contattare anche per chiarimenti)
- Per e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it
- Via internet: <https://app.myassistance.eu>

PER INOLTARE UN RECLAMO

Net Insurance S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 - 00161 ROMA

Fax +39 06 89326570

PEC: Ufficio.reclami@pec.netinsurance.it



Informazioni ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale UE sulla protezione dei dati personali n. 679/2016

La società **Net Insurance S.p.A.** (più avanti, anche l'“Assicuratore”, “Net”, la “Società”) con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 (più avanti, anche il “Regolamento”), ed in coerenza del principio di trasparenza e consapevolezza delle caratteristiche e modalità del trattamento dei dati, rende le presenti informazioni.

1) Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è la Società Net Insurance S.p.A., con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, alla quale l'interessato, anche per il tramite del contraente, ha fornito i propri dati personali.

2) Tipologia e fonte dei dati

I dati personali trattati da Net Insurance S.p.A., a seconda della tipologia di polizza da lei sottoscritta, sono i dati personali Suoi, dei Suoi familiari, degli assicurati e di terzi beneficiari (ove applicabile) o aventi titolo sui beni assicurati, da Lei forniti nel corso del rapporto con la Società (sia nella fase di valutazione del rischio, sia nella successiva fase liquidativa).

Tali dati personali potranno includere, a titolo esemplificativo, dati identificativi, anagrafici e professionali, stato civile, informazioni finanziarie (inclusi i premi), dati bancari e dati relativi a documenti personali e qualsiasi altro beneficiario, nonché eventualmente dati giudiziari, quali dati idonei a rilevare provvedimenti giudiziari a Suo carico ovvero sanzioni dipendenti da reato o la sua qualità di indagato o imputato in processi penali.

Il mancato conferimento di tali dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/dei contratto/i di assicurazione.

Può accadere, inoltre, che nel corso della durata del/dei contratto/i che Lei intende sottoscrivere in data odierna ovvero di altri eventuali ulteriori contratti di assicurazione che dovesse sottoscrivere in seguito (di seguito anche “il/i Contratto/i”) al fine dell'esecuzione di specifiche operazioni, la Società venga in possesso di categorie particolari di dati (quali, ad esempio, dati idonei a rivelare lo stato di salute). Per il trattamento di tali dati la legge richiede il Suo consenso da manifestarsi in modo esplicito e per iscritto. Il mancato conferimento del consenso per le categorie particolari di dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/i Contratto/i.

3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

Net tratterà i Suoi dati personali, ivi ricomprese categorie particolari di dati e dati giudiziari per le seguenti principali finalità:

- finalità connesse all'emissione del/i Contratto/i, finalità connesse all'esecuzione degli obblighi derivanti dal Contratto assunti dalla Società (ad esempio gestione amministrativa del rapporto, gestione dei sinistri, gestione dei premi e di eventuali richieste di indennizzo). La base giuridica di tali attività di trattamento si riviene nella necessità di dare esecuzione e gestire il Contratto di cui Lei è parte o le misure precontrattuali adottate su Sua richiesta; per le sole categorie particolari di dati la base giuridica si individua nel Suo consenso;
- finalità connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi (es. normativa Antiriciclaggio, prevenzione del terrorismo), da regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge e da Organismi di Vigilanza e Controllo. La base giuridica è individuata dalla necessità di adempiere ad un obbligo legale a cui la Società è soggetta;
- finalità di prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali ovvero difendere in fase stragiudiziale e giudiziale i diritti della Società. La base giuridica si individua nel perseguimento del legittimo interesse della Società alla prevenzione dei fenomeni di frode in materia assicurativa e nella tutela dei diritti della Società derivanti dalla legge o dai contratti di cui è parte.

Il conferimento dei dati personali ed il trattamento degli stessi da parte della Società per le finalità di cui ai punti precedenti è necessario ed in mancanza la Società non potrà dar seguito alla conclusione del Contratto o all'esecuzione di attività connesse alla sua esecuzione, ivi inclusa la liquidazione dei sinistri.

Inoltre, la Società tratterà i suoi dati personali ad esclusione di quelli di natura particolare e giudiziari:

- previo consenso specifico, anche per finalità di marketing e/o profilazione, realizzate sia con modalità automatizzata (es. email, sms, fax) sia con modalità non automatizzate (es. posta ordinaria, telefono con operatore) di contatto, quali a mero titolo esemplificativo, ricerche di mercato, indagini statistiche, ancheintese a rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della



clientela, invio di comunicazioni personalizzate su prodotti e servizi della Società o di Società appartenenti al Gruppo, anche sulla base delle Sue abitudini e dei Suoi interessi. Il conferimento dei dati per tali finalità è del tutto facoltativo e la decisione di non concedere tali consensi non inficerà l'esecuzione del rapporto con la Società, precludendole solo la possibilità di ricevere materiale commerciale e promozionale. La base giuridica del trattamento di questi trattamenti si individua nel Suo consenso espresso.

4) Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli di natura particolare:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate nel Regolamento;
- b) avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità suddette, e, comunque, in modo da garantire la sicurezza dei dati stessi;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e/o da altri soggetti in qualità di responsabili e/o autorizzati al trattamento.

5) Destinatari dei dati

- a) I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 3 - ad altri soggetti della filiera assicurativa, quali coassicuratori, riassicuratori, società di archiviazione, società di gestione dei sinistri, fiduciari peritali e legali, enti di controllo (IVASS, CONSAP, UIF, Banca d'Italia), Autorità Giudiziaria ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati personali è obbligatoria per legge o per la finalità di conclusione / esecuzione del contratto assicurativo.
- b) Inoltre, i dati personali possono essere comunicati, esclusivamente per le finalità di cui al punto 3, a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate,) ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.
- c) I dati personali potranno essere comunicati, ove necessario, a soggetti facenti parte della c.d. "catena assicurativa" e che operano in qualità di titolari autonomi del trattamento (in particolare canali di acquisizione di contratti di assicurazione e loro collaboratori, assicuratori, coassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati, medici, periti ed altri consulenti, strutture sanitarie, agenzie investigative, servi di spedizione etc.), banche e organismi associative consortili del settore assicurativo (ANIA e conseguentemente le imprese di assicurazioni ad essa associate), IVASS, UIF ed altre Autorità Pubbliche nonché persone, società, associazioni che svolgono servizi di assistenza e/o consulenza per Net (es. in materia contabile, amministrativa, finanziaria), società o soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalla Società.riguardo ad ogni altro documento / contratto, per dieci anni dalla data dell'ultima registrazione (art. 2220 del Codice Civile).

L'elenco dei soggetti a cui i dati potranno essere comunicati o che agiscono in qualità di Responsabili del trattamento è disponibile, su richiesta, all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero presso la sede della Società.I dati non sono generalmente trasferiti fuori dall'unione europea; tuttavia, ove per specifiche esigenze connesse alla sede dei servizi resi dai fornitori, fosse necessario trasferire i dati verso Paese situati fuori dallo Spazio economico Europeo, anche in Paesi che non offrono protezione adeguata, Net si impegna a garantire livelli di tutela e salvaguardia anche di carattere contrattuale adeguati secondo le norme applicabili, ivi inclusa la stipulazione di clausole contrattuali tipo (si potrà richiedere al DPO/Responsabile per la protezione dei dati personali – all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero con lettera raccomandata indirizzata alla Società – copia degli impegni assunti dai terzi nel contesto di tali clausole nonché l'elenco dei Paesi situati fuori dallo Spazio Economico Europeo dove sono trasferiti i dati).

6) Periodo di conservazione dei dati

L'Assicuratore, fatta salva la gestione di eventuale contenzioso e la vigente normativa fiscale e tributaria, è obbligato a conservare i dati personali:

- riguardo ai contratti assicurativi, per cinque anni dalla data in cui il contratto ha cessato di avere effetto e per cinque anni dalla data di eliminazione senza pagamento di indennizzo o del pagamento di tutti gli importi dovuti a titolo di risarcimento e di spese dirette (Art. 8 del Regolamento ISVAP n.27/2008);
- riguardo ad ogni altro documento / contratto, per dieci anni dalla data dell'ultima registrazione (art. 2220 del Codice Civile).

7) Diritti dell'Interessato

7.1) Il Regolamento conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti in relazione ai dati personali comunicati, che potranno essere esercitati nei limiti e in conformità a quanto previsto dalla normativa:

- Diritto di accesso ai suoi dati personali (art. 15);
- Diritto di rettifica (art. 16);
- Diritto di cancellazione (diritto all'oblio) (art. 17);



- Diritto di limitazione di trattamento (art. 18);
- Diritto alla portabilità dei dati (art. 20);
- Diritto di opposizione (art. 21);
- Diritto di contattare il Responsabile della protezione dei dati (DPO) per tutte le questioni relative al trattamento dei suoi dati personali e all'esercizio dei diritti derivanti dal Regolamento. Il DPO può essere contattato come di seguito indicato;

7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

NET INSURANCE S.p.A.

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4,

00161 Roma

ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it

ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

7.3) Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giudiziale, Lei ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità a cui è demandato il controllo del rispetto del regolamento; per l'Italia: **il Garante per la protezione** nelle seguenti modalità:

- a) raccomandata A/R indirizzata a Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia,11 -00187 Roma
- b) messaggio di posta elettronica certificata indirizzata a protocollo@pec.gpdp.it.