

Fascicolo Informativo

Modello: FASSAL 5 ed. 01/2017

Copertina

Tua Assicurazioni S.p.A.



Gruppo Cattolica Assicurazioni

Contratto di assicurazione sulla Salute.

Il presente Fascicolo Informativo, contenente

- a. Nota informativa, comprensiva del glossario**
- b. Condizioni di assicurazione**

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto

Avvertenza:

prima della sottoscrizione leggere attentamente la nota informativa.

TUA ASSICURAZIONI S.P.A.

sede legale: largo Tazio Nuvolari 1, 20143 Milano (Italia) – Tel: 800 533 533 - Fax: (+39) 02/2773355

COD. FISC./P.I. E N. DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DELLE IMPRESE DI MILANO 02816710236 - R.E.A. MILANO N. 1716504 - CAP. SOC. EURO 23.160.630 int. ver. - www.tuaassicurazioni.it - info@tuaassicurazioni.it - tuaassicurazioni@pec.it

IMPRESA AUTORIZZATA ALL'ESERCIZIO DELLE ASSICURAZIONI CON PROVVEDIMENTO IVASS N. 1041 DEL 20 NOVEMBRE 1998 G.U. N. 277 DEL 26 NOVEMBRE 1998 - NUMERO ISCRIZIONE ALBO IMPRESE IVASS 1.00132 DEL 3/1/2008 - SOCIETÀ DEL GRUPPO CATTOLICA ASSICURAZIONI, ISCRITTO ALL'ALBO DEI GRUPPI ASSICURATIVI AL NUMERO 019 E SOGGETTA ALL'ATTIVITÀ DI DIREZIONE E COORDINAMENTO DA PARTE DELLA SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - VERONA

Premessa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS (Reg. n. 35/2010), ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Le consigliamo infine di conservare la presente informativa unitamente alla documentazione di polizza.

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

A – Informazioni sull'impresa di assicurazione

1 Informazioni generali

TUA Assicurazioni S.p.A. – Gruppo Cattolica Assicurazioni - ha sede legale e sociale in Italia, Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano (MI) - Telefono: 800.533.533 - Fax: 02/2773355 – Sito internet www.tuaassicurazioni.it – e-mail: servizioclienti@tuaassicurazioni.it -

PEC: tuaassicurazioni@pec.it

TUA Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 1041 del 20/11/1998 pubblicato sulla gazzetta ufficiale n. 277 del 26/11/1998. È iscritta all'albo imprese IVASS n. 1.00132 del 03.01.2008.

Registro delle Imprese Milano n. 2816710236.

2 Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato è pari a 133,3 milioni di euro (capitale sociale: 23,2 milioni di euro – totale riserve patrimoniali: 100,8 milioni di euro).

Il Ratio patrimoniale Solvency II calcolato in Standard Formula con USP (utilizzo di parametri specifici a cui IVASS ha autorizzato l'impresa in data 11 maggio 2017) è pari a 1,52 volte il minimo regolamentare richiesto dalla normativa vigente.

B – Informazioni sul contratto

Il contratto, salvo diversa indicazione sul simple di polizza, è stipulato con tacito rinnovo.

AVVERTENZA: In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Se è pattuita la non rinnovabilità il contratto cessa alla scadenza senza obbligo di disdetta. Si rinvia all'Art. 9 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Qualora in polizza sia indicata una durata superiore all'anno, le parti si riservano comunque la facoltà di disdetta ad ogni scadenza annuale. Si rinvia all'Art. 6 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3 COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle condizioni generali di assicurazione, sono quelle riportate sul simple di polizza, scelte tra le seguenti:

SEZIONE TUTELA IN CASO DI INFORTUNI

Le garanzie della presente sezione possono essere fornite nelle forme 24 ore, Professionale, Tempo Libero, Circolazione, Conducente, come evidenziato sul simple di polizza; si rimanda all'articolo A.26 per gli aspetti di dettaglio.

- **Morte:** TUA, in caso di morte da infortunio dell'assicurato, corrisponde la somma assicurata ai beneficiari o eredi. Nel caso in cui per il medesimo infortunio siano deceduti sia l'assicurato che il coniuge, o se la morte è causata da rapina, estorsione, sequestro, sono previsti aumenti del capitale assicurato. Si rimanda agli articoli A.1, A.2 e da A.27 ad A.29 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, A.1, A.2 e da A.27 ad A.29, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli A.1, A.2, da A.27 ad A.29 e A.38 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata (massimale): 100.000 euro

Indennizzo: 100.000 euro; se deceduto anche il coniuge non assicurato (genitore di figlio minore): 100.000 euro + 100.000 euro (100% di 100.000 euro) = 200.000 euro

- **Invalidità permanente:** Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'assicurato totale o parziale, entro due anni dal giorno dell'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), TUA corrisponde l'indennizzo secondo i criteri indicati nell'articolo A.3, nei limiti della somma assicurata indicata in polizza. È possibile aumentare o diminuire la valutazione del grado di invalidità accertata. Si rimanda agli articoli da A.27 ad A.29 e da A.3 ad A.13 ed A.25 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da A.27 ad A.29, da A.3 ad A.13 ed A.25, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti franchigie e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.27 ad A.29, da A.3 ad A.13 ed A.25, A.38 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
 Esempio di funzionamento della franchigia:
 Somma assicurata (massimale): 100.000 euro
 Danno (IP accertata): 5%
 Franchigia: 3%
 Indennizzo: 2.000 euro (5-3%= 2% di 100.000 euro)
 Esempio di funzionamento del massimale:
 Somma assicurata (massimale): 100.000 euro
 Danno (al netto dell'eventuale franchigia): 50.000 euro
 Indennizzo: 50.000 euro

- **Inabilità temporanea:** Se l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, ha per conseguenza un'inabilità temporanea, TUA liquida l'indennità convenuta indicata in polizza, totale o parziale, secondo quanto previsto dagli articoli da A.27 ad A.29 e da A.14 ad A.16 delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da A.27 ad A.29, da A.14 ad A.16, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti franchigie (in giorni) e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.27 ad A.29, da A.14 ad A.16 e A.38 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
 Esempio di funzionamento della franchigia (in giorni) e del massimale (diaria giornaliera):
 Somma assicurata (diaria giornaliera): 50 euro
 Danno (giorni di inabilità): 15 giorni di inabilità totale + 10 giorni di inabilità parziale al 50%
 Franchigia: 10 giorni assoluti
 Indennizzo: 50 euro X 5 giorni (15 giorni – 10 giorni di franchigia) + 25 euro X 10 giorni = 500 euro

- **Indennità per ricovero e convalescenza:** TUA, in caso di ricovero in istituto di cura dell'assicurato per infortunio, corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per ciascun giorno di degenza, per un massimo dei giorni indicati in polizza. In taluni casi l'indennità può essere aumentata o ridotta. Qualora l'assicurato estenda la garanzia alla convalescenza, TUA liquida un indennizzo aggiuntivo. Si rimanda agli articoli da A.27 ad A.29, A.17 e A.18 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da A.27 ad A.29, A.17, A.18, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti franchigie (in giorni) e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.27 ad A.29, A.17, A.18 e A.38 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
 Esempio di funzionamento della franchigia (in giorni) e del massimale (diaria giornaliera):
 periodo di ricovero: 5 giorni
 franchigia scelta: 3 giorni
 diaria giornaliera (massimale): 50 euro
 indennizzo: 50 euro X 2 giorni (5 giorni – 3 giorni di franchigia) = 100 euro

- **Indennità per immobilizzazione:** Se l'infortunio comporta immobilizzazione applicata a titolo curativo per lesioni traumatiche, TUA corrisponde all'assicurato l'indennità indicata in polizza dal giorno dell'applicazione dell'immobilizzazione fino al giorno della rimozione della stessa. Si rimanda agli articoli da A.27 ad A.29 e A.19 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da A.27 ad A.29, A.19, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.27 ad A.29, A.19 e A.38 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
 Esempio di funzionamento del massimale:
 periodo di immobilizzazione: 30 giorni
 diaria giornaliera (massimale): 50 euro
 indennizzo: 50 euro X 30 giorni = 1.500 euro

- **Rimborso spese di cura:** In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza TUA assicura fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle spese effettivamente sostenute indicate nell'articolo A.20 sia in caso di ricovero che senza ricovero. Si rimanda agli articoli da A.27 ad A.29 e da A.20 ad A.21 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione

o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da A.27 ad A.29, A.20, A.21, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti scoperti e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.27 ad A.29, A.20, A.21 e A.38 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento dello scoperto:

Somma assicurata (massimale): 10.000 euro

Danno: 1.000 euro

Scoperto: 20% con il minimo di 100 euro

Indennizzo: 1.000 euro – 200 euro (il 20% di 1.000 è 200 euro, superiore al minimo di 100 euro) = 800 euro

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata (massimale): 10.000 euro

Danno: 20.000 euro

Indennizzo (al netto di eventuali scoperti): 10.000 euro

- **Responsabilità civile contraente:** Qualora l'assicurato, ovvero in caso di morte i suoi beneficiari, non accettino, a completa tacitazione per infortunio, l'indennizzo liquidato ai sensi della presente assicurazione ed avanzino nei confronti del contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, TUA risponde della maggiore somma che il contraente fosse eventualmente tenuto a pagare fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari a quello dell'indennizzo stesso, con il massimo di 250.000 euro. Si rimanda agli articoli da A.27 ad A.29 e A.22 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da A.27 ad A.29, A.22, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.27 ad A.29, A.22 e A.38 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata per la garanzia Morte: 100.000 euro

Richiesta danno da eredi per responsabilità contraente: 230.000 euro

Indennizzo: 100.000 euro (la somma assicurata alla garanzia Morte) + 100.000 euro (l'indennizzo aggiuntivo pari al massimo a quello della garanzia prevista, la Morte, ancorchè il danno ulteriore sia superiore, pari ad altri 130.000) = 200.000 euro

- **Clausola dirigenti:** solo se l'assicurato è un dirigente ed il contraente una persona giuridica, l'assicurazione copre il caso di morte ed invalidità permanente da malattia professionale, nonché vengono applicate franchigie e tabelle differenti per la valutazione dell'invalidità permanente da infortunio e nel caso di invalidità superiore al 50%, viene erogato il 100% della somma assicurata. Si rimanda agli articoli da A.27 ad A.29 e A.23 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da A.27 ad A.29, A.23, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.27 ad A.29, A.23 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del massimale:

vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Invalidità permanente

- **Garanzia Key-Man:** solo se il contraente è persona giuridica e l'assicurato è retribuito, al contraente sarà corrisposto un indennizzo, distinto da quello liquidabile all'assicurato, in caso di infortunio che comporti la morte dell'assicurato o una invalidità permanente non inferiore al 60%. L'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione alla percentuale indicata in polizza. L'indennità liquidata sarà versata unicamente al contraente, mentre l'assicurato, con la firma della scheda di polizza che riporta i suoi dati e quelli relativi alle garanzie, manifesta il suo esplicito consenso a quanto convenuto. Si rimanda agli articoli da A.27 ad A.29, A.1, A.3 e A.24 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da A.27 ad A.29, A.1, A.3, A.24, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti franchigia e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.27 ad A.29, A.1, A.3, A.24 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento della franchigia e del massimale:

Somma assicurata (garanzia Invalidità permanente): 100.000 euro

Danno (IP accertata): 70%

Franchigia: 60%

Percentuale garanzia Key-man: 10%

Indennizzo: 10% del 70% di 100.000 euro = 7.000 euro

SEZIONE TUTELA DELLA SALUTE

- **Cure mediche:** TUA, nei termini e con le modalità previste nel contratto, si impegna a indennizzare l'assicurato per le spese sanitarie che debba sostenere o provvede al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate, per trattamenti resi necessari da malattia, infortunio o parto, in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, o di intervento chirurgico in day hospital, ambulatoriale o presso un Pronto Soccorso, quali onorari chirurgici, diritti di sala operatoria, rette degenza, rette accompagnatore, ecc, nonché quelle sostenute per accertamenti, analisi e visite mediche, nonché quelle sostenute per medicinali, cure, trattamenti riabilitativi, o ancora per l'acquisto di apparecchi ortopedici, protesici o acquisto/noleggio di carrozzelle ed infine per il trasporto sanitario. Si rimanda agli articoli delle condizioni generali di assicurazione da B.1 a B.8 per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13 e da B.1 a B.8, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti scoperti e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da B.1 a B.8, B.22 e seguenti, e B.31 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento dello scoperto:

Somma assicurata (massimale): 100.000 euro

Danno: 400 euro

Scoperto: 20% con il minimo di 100 euro

Indennizzo: 400 euro – 100 euro (il 20% di 400 è 80 euro, inferiore al minimo di 100 euro) = 300 euro

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata (massimale): 100.000 euro

Danno: 150.000 euro

Indennizzo: 100.000 euro

- **Grandi cure:** Quanto previsto dalla garanzia "Cure mediche" opera esclusivamente per gli interventi chirurgici compresi tra quelli previsti nell'elenco "Grandi cure", resi necessari da malattia o infortunio. Si rimanda all'articolo B.9 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, B.9, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti scoperti e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli B.9, B.22 e seguenti, e B.31 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento dello scoperto:

vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche

Esempio di funzionamento del massimale:

vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche

- **Cure mediche pre e post ricovero:** TUA, nei termini e con le modalità previste nel contratto, si impegna a indennizzare l'assicurato in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, o di intervento chirurgico in day hospital, ambulatoriale o presso un Pronto Soccorso, reso necessario da malattia, infortunio o parto, per le spese sanitarie sostenute per accertamenti o provvede al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate. Si rimanda all'articolo B.10 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, B.10, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti scoperti e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli B.10, B.22 e seguenti, e B.31 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento dello scoperto:

vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche

Esempio di funzionamento del massimale:

vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche

- **Integrazione Servizio Sanitario Nazionale:** Quanto previsto dalla garanzia "Cure mediche" opera, fino alla concorrenza della somma assicurata per ogni DRG (Diagnostic Related Group), medico o chirurgico, compreso nell'elenco "Integrazione SSN". Qualora in un unico sinistro siano interessati più DRG le indennità previste non si cumulano, ma l'indennizzo sarà effettuato sulla base del DRG che prevede il massimale più elevato. Per singolo assicurato non sono indennizzabili più di tre sinistri per anno assicurativo. Si rimanda all'articolo B.11 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, B.11, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli B.11, B.22 e seguenti, e B.31 e dalla Tabella 5 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del massimale:

vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche

- **Visite mediche:** TUA, nei termini e con le modalità previste nel contratto, indennizza l'assicurato per le spese sostenute o provvede al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate, per le prestazioni ambulatoriali elencate in polizza, rese necessarie da malattia o infortunio, indipendentemente da ricoveri ospedalieri o interventi chirurgici. Si rimanda all'articolo B.12 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, B.12, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti scoperti e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli B.12, B.22 e seguenti, e B.31 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
Esempio di funzionamento dello scoperto:
vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche
Esempio di funzionamento del massimale:
vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche
- **Alta diagnosi:** TUA, nei termini e con le modalità previste nel contratto, indennizza l'assicurato per le spese sostenute o provvede al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate, per gli accertamenti diagnostici ambulatoriali elencati in polizza, rese necessarie da malattia o infortunio. Si rimanda all'articolo B.13 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, B.13, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti scoperti e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli B.13, B.22 e seguenti, e B.31 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
Esempio di funzionamento dello scoperto:
vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche
Esempio di funzionamento del massimale:
vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche
- **Indennità per ricovero e convalescenza:** TUA, nei termini e con le modalità previste nel contratto, in caso di ricovero in istituto di cura dell'assicurato per infortunio, malattia o parto, corrisponde allo stesso l'indennità giornaliera prevista in polizza per ciascun giorno di degenza, per un massimo dei giorni indicati in polizza. È prevista anche una forma con franchigia (in giorni), oppure la limitazione alla sola malattia/parto. Qualora l'assicurato estenda la garanzia alla convalescenza, TUA liquida un indennizzo aggiuntivo. Si rimanda agli articoli B.14, B.15 e B.16 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, B.14, B.15, B.16, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti franchigie (in giorni) e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli B.14, B.22 e seguenti, e B.31 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
Esempio di funzionamento della franchigia (in giorni):
periodo di ricovero: 5 giorni
franchigia scelta: 3 giorni
diaria giornaliera (massimale): 50 euro
indennizzo: 50 euro X 2 giorni (5 giorni – 3 giorni di franchigia) = 100 euro
Esempio di funzionamento del massimale:
vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche
- **Invalidità permanente da malattia:** TUA, nei termini e con le modalità previste nel contratto, corrisponde un indennizzo in caso di malattia dell'assicurato che abbia per conseguenza una invalidità permanente, purché la malattia sia insorta nel corso del contratto e si sia manifestata entro un anno dalla cessazione. La garanzia opera con una franchigia del 24% e liquida il 100% della somma assicurata per invalidità almeno pari al 66%. Sul contratto è riportata una tabella che riporta le percentuali di indennizzo corrispondenti alle percentuali di invalidità accertata. È possibile sottoscrivere la garanzia in una forma limitata a "Malattie gravi". Si rimanda agli articoli da B.17 a B.21 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da B.17 a B.21, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti franchigia e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da B.17 a B.21, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
Esempio di funzionamento della franchigia:
grado di IP accertato: 23%
franchigia: 24%
% da liquidare sulla somma assicurata: 0%
Esempio di funzionamento del massimale:
vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche

SEZIONE ASSISTENZA

- **Assistenza (Infortuni, Infortuni con ADI, Salute, Salute Plus, Salute con ADI):** TUA mette a disposizione dell'assicurato, nei limiti e con le prestazioni previste nelle condizioni generali di assicurazione, un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti dagli articoli C.1 e seguenti se scelta la soluzione Assistenza – Infortuni, D.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute, E.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute Plus, F.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Infortuni con ADI, G.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute con ADI, ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio. Le prestazioni vengono erogate per il tramite di Mapfre Asistencia S.A., Strada Trossi 66 – 13871 Verrone (BI).

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo o erogazione della prestazione, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dall'articolo 13 e dagli articoli C.1 e seguenti se scelta la soluzione Assistenza – Infortuni, D.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute, E.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute Plus, F.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Infortuni con ADI, G.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute con ADI, ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti alcuni massimali alla copertura assicurativa offerta così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli C.1 e seguenti se scelta la soluzione Assistenza – Infortuni, D.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute, E.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute Plus, F.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Infortuni con ADI, G.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute con ADI, ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata (massimale): 2.000 euro
 Danno: 3.000 euro
 Indennizzo: 2.000 euro

SEZIONE RITIRO PATENTE

- **Indennità Sospensione Patente:** TUA si obbliga a corrispondere al datore di lavoro dell'assicurato, conducente del tipo di veicolo indicato in polizza e dipendente del contraente, l'indennità giornaliera pattuita (indicata in polizza) per il pregiudizio economico subito dal contraente nel caso in cui all'assicurato sia temporaneamente sospesa la patente di guida per veicoli a motore, ai sensi dell'art. 129 C.d.S., in conseguenza di incidenti con danni alle persone (artt. 222 e 223 C.d.S.), a condizione che l'assicurato venga assolto o prosciolto da eventuale imputazione di reato di fuga o di omissione di soccorso, o disposta ai sensi degli articoli del codice della strada indicati nelle condizioni generali di assicurazione. L'assicurato deve essere soggetto, operante presso la contraente, per il quale la guida di veicoli a motore sia strettamente funzionale all'esercizio dell'attività cui è adibito. Si rimanda agli articoli da H.1 a H.4 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da H.1 a H.7 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da H.1 a H.4 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del massimale (diaria giornaliera):

periodo di ritiro patente: 30 giorni
 diaria giornaliera (massimale): 50 euro
 indennizzo: 50 euro X 30 giorni = 1.500 euro

SEZIONE TUTELA LEGALE

- **Malpratica e Abusi:** Avvalendosi di ARAG per la gestione dei sinistri, TUA, nei limiti del massimale convenuto e delle condizioni generali di assicurazione, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nell'ambito della vita privata, in relazione ad esami, visite diagnostiche, ricoveri, cure o prestazioni medico-sanitarie, per le richieste di risarcimento per danni contrattuali ed extracontrattuali per danni alla persona conseguenti a lesioni fisiche subite dall'assicurato, in conseguenza di malpractice medica con valore in lite superiore a 500 euro. Inoltre, in caso di invalidità permanente superiore al 10% o morte, derivante dalla prestazione medica o sanitaria, verranno garantite le controversie contrattuali con valore in lite superiore a 1.500 euro e le controversie in materia previdenziale ed assistenziale. Viene inclusa anche l'operatività della garanzia di Tutela Legale nel caso in cui l'assicurato subisca violenza fisica e sporga querela per specifici reati. Infine la garanzia opera per la redazione dell'atto di istanza per la dichiarazione di assenza o morte presunta dell'assicurato, nel limite indicato. Si rimanda agli articoli I. 1 e seguenti delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da I.1 a I.9 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti valori di life e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione

dagli articoli da I.1 a I.9 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del valore lite:

massimale: 10.000 euro

valore lite indicato nelle condizioni generali di assicurazione: 500 euro

valore lite reale: 200 euro

indennizzo: 0 euro (in quanto il valore di lite reale non supera il valore lite indicato nelle condizioni generali di assicurazione)

Esempio di funzionamento del massimale:

massimale: 10.000 euro

spese legali: 5.000 euro

indennizzo: 5.000 euro

Per tutte le sezioni di polizza vale inoltre la seguente:

AVVERTENZA: Non sono inoltre assicurabili soggetti che abbiano compiuto i 75 anni d'età a scadenza di polizza, salvo che per la garanzia Invalidità permanente da Malattia per la quale tale limite è ridotto a 65 anni, così come previsto nelle condizioni generali di assicurazione dall'articolo 13 al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: Gli assicurati devono avere il proprio domicilio o la propria residenza in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano; si rimanda agli articoli A.30, B.24, H.4 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

4 PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

La seguente avvertenza opera esclusivamente per la sezione Tutela della Salute.

AVVERTENZA: sono previste delle carenze che disciplinano il giorno di effetto dell'assicurazione, così come previsto nelle condizioni generali di assicurazione dall'articolo B.22 al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

5 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – QUESTIONARIO SANITARIO - NULLITÀ

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento del sinistro, così come previsto dall'articolo 1 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: qualora sia prevista la compilazione del Questionario Sanitario per la valutazione del rischio, è necessario rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande previste nel questionario medesimo.

6 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

L'assicurato o il contraente deve dare immediatamente comunicazione scritta a TUA di qualsiasi aggravamento o diminuzione del rischio e delle variazioni nella professione, così come previsto dagli articoli 3, 4, A.34 e dalla Tabella I delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio modificazione del rischio: qualora l'assicurato abbia dichiarato in fase di stipula della polizza di svolgere l'attività di "Impiegato amministrativo in genere (solo ufficio)" (classe di rischio 1) e nell'arco di durata della polizza dovesse modificare la propria attività, ad es. "Impiegato con mansioni anche all'esterno" (classe di rischio 2), avrebbe l'obbligo di dichiararlo alla compagnia in quanto si tratta di modificazione del rischio (in questo caso con aggravamento dello stesso).

7 PREMI

Il pagamento del premio, che il cliente è tenuto a versare alle scadenze convenute (annuali, semestrali, o unica soluzione temporanea) ed indicate in contratto, può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato o girato a TUA o all'agente in qualità di agente di TUA,
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario TUA o l'agente in qualità di agente di TUA,
- contante,

tali mezzi di pagamento possono essere utilizzati sempre nei limiti (anche di somme) previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

Si rimanda all'articolo 7 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Nel caso sia concesso il frazionamento semestrale, verrà applicato un onere aggiuntivo pari al 3%.

AVVERTENZA: per le garanzie delle sezioni "Tutela della Salute", "Tutela in caso di infortuni" e "Ritiro Patente", l'intermediario ha la possibilità di applicare sconti di premio, sulla base di valutazioni commerciali. Rientra nella discrezionalità dell'intermediario la possibilità di applicare addizionali al contratto.

8 ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Per le garanzie della sezione "Tutela della salute" sono previsti aggiornamenti automatici dei premi alla scadenza di ciascuna annualità, come meglio disciplinato dall'articolo 10 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

Qualora indicato in polizza SI nella casella "Indicizzata", per le garanzie delle sezioni "Tutela della salute" e "Tutela in caso di infortuni", le somme assicurate, massimali, franchigie, altri limiti di garanzia ed i premi sono collegati all' "Indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività – Servizi sanitari e spese per la salute", come meglio disciplinato dall'articolo 11 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

9 DIRITTO DI RECESSO

AVVERTENZA: Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o TUA hanno la facoltà di recedere dal contratto comunicando tale intenzione all'altra parte, come meglio disciplinato

dall'articolo 12 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

10 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Così come previsto dall'articolo 2952 del Codice Civile:

- il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze;
- i diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda;
- nell'assicurazione della responsabilità civile il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

11 LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

12 REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del contraente.
Il premio relativo alle garanzie è soggetto all'imposta nella misura del:

Aliquota	Garanzia/Sezione
2,50%	Tutela in caso di Infortuni Tutela della salute
4,38%	Responsabilità civile contraente
10,00%	Assistenza
13,50%	Ritiro Patente
21,25%	Tutela Legale

C – Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13 SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

AVVERTENZA: per le garanzie delle sezioni "Tutela della Salute", "Tutela in caso di infortuni" il momento di insorgenza del sinistro si ha al verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Per le garanzie delle sezioni "Tutela in caso di infortuni" e "Ritiro Patente", nonché per la garanzia "Invalidità Permanente" della sezione "Tutela della Salute", la denuncia del sinistro deve essere inviata (con le modalità ed informazioni indicate nelle condizioni generali di assicurazione) all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro 3 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui l'assicurato ne abbia avuto conoscenza e possibilità, come meglio disciplinato dagli articoli A.32, B.27 H.5 delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

Per le garanzie della sezione "Tutela della Salute", esclusa la garanzia "Invalidità Permanente", se l'assicurato fa ricorso agli istituti di cura convenzionati, per la denuncia di sinistro l'assicurato deve preventivamente contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa ai numeri di telefono indicati all'articolo B.26 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio, indicando le prestazioni di cui intende usufruire. Se l'assicurato non fa ricorso agli istituti di cura convenzionati, dovrà entro 3 giorni dal ricovero o dall'intervento chirurgico o dalle altre prestazioni previste, denunciare il sinistro telefonando alla Struttura Organizzativa ai numeri di telefono indicati all'articolo B.26 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio; tale obbligo di denuncia non sussiste nel caso di richiesta di rimborso relativo alle garanzie "Visite mediche" e "Alta Diagnosi". Successivamente dovrà compilare il modulo di richiesta di rimborso. Si rimanda all'articolo B.26 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: la gestione dei sinistri relativa alla sezione Tutela Legale è affidata ad ARAG SE Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia; in caso di sinistro per tale sezione, l'assicurato o il contraente possono denunciare il sinistro anche ad ARAG, come meglio disciplinato dall'articolo I.6 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

La gestione dei sinistri relativa alla sezione Assistenza è affidata a Mapfre Asistencia S.A. con le modalità meglio disciplinate dagli articoli C.1, D.1, E.1, F.1, G.1 delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

Per le garanzie delle sezioni "Tutela della Salute" e "Tutela in caso di infortuni", potrà essere prevista la visita medica per la definizione del sinistro come meglio disciplinato dagli articoli A.35 e B.29; inoltre le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'assicurato, come meglio disciplinato dagli articoli A.32, B.26 e B.27.

Per la garanzia Invalidità permanente della sezione "Tutela della Salute", il periodo di accertamento della percentuale di invalidità è compreso tra 6 e 12 mesi dalla data di certificazione dell'avvenuta guarigione clinica (escluso il caso di neoplasie per il quale la valutazione dei postumi viene effettuata trascorsi almeno 18 mesi dalla denuncia, e comunque trascorso almeno 1 anno dalla prima diagnosi, indipendentemente dalla guarigione clinica), così come meglio disciplinato dall'articolo B.19 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: si rimanda anche agli articoli A.33, A.34, A.36, A.37, B.28, B.29, B.30, H.6, H.7, I.7, I.8 e I.9 per gli altri aspetti di dettaglio delle procedure di liquidazione e pagamento dell'indennizzo.

14 ASSISTENZA DIRETTA – CONVENZIONI

AVVERTENZA: Per le garanzie della sezione "Tutela della Salute", esclusa la garanzia "Invalidità Permanente", l'assicurato può

decidere di usufruire degli istituti di cura convenzionati con TUA; in tal caso contattando preventivamente al telefono la Struttura Organizzativa, potrà usufruire del pagamento diretto delle spese sanitarie previste dalla polizza.

Qualora si trovi temporaneamente all'estero, se non contatterà preventivamente la Struttura Organizzativa o la clinica non fosse convenzionata con TUA, verrà applicato uno scoperto del 25% (salvo maggior scoperto indicato per la singola garanzia o in polizza). Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, tale scoperto verrà applicato sul solo costo dell'equipe. Lo scoperto non verrà applicato se il contatto con la Struttura Organizzativa non è stato possibile per motivi di emergenza sanitaria. La copertura è operativa fino a 180 giorni di permanenza continuativa all'estero.

Qualora non si trovi all'estero ed abbia necessità di andarci per effettuare cure presso strutture estere, la copertura opera purchè gli istituti di cura siano convenzionati con TUA e sia preventivamente dato il consenso da parte della Struttura Organizzativa. Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, i costi relativi all'equipe non verranno rimborsati.

Si rimanda agli articoli B.24 e B.26 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Se l'assicurato non intende avvalersi del sistema di convenzionamento, ma di usufruire di strutture non convenzionate, le suddette garanzie opereranno nei limiti (anche per somme assicurate, franchigie e scoperti) di quanto previsto dalle condizioni generali di assicurazione ed in polizza. Si rimanda agli articoli da B.1 a B.16, B.26 e B.31 per gli aspetti di dettaglio.

Si rinvia al sito internet di TUA (www.tuaassicurazioni.it) per prendere visione dell'elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati.

15 RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a TUA al seguente indirizzo:

Tua Assicurazioni S.p.A. Servizio Reclami
c/o Società Cattolica di Assicurazione società cooperativa
Servizio Reclami di Gruppo
Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona (Italia)

Fax: 02/2773470

E-mail: reclami@tuaassicurazioni.it

Nel reclamo dovranno essere indicati i seguenti dati:

- nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente;
- numero della polizza e nominativo del contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento;
- indicazioni del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - Telefono 06/421331 - fax 06-42133745 o 06-42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da TUA e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico, denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato, breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall'art. 16 del citato decreto.

16 ARBITRATO

Per le garanzie delle sezioni "Tutela della Salute" e "Tutela in caso di infortuni", è previsto che TUA ed il contraente possano devolvere la risoluzione di una controversia tra di essi insorta per l'accertamento del danno ad un collegio di periti; in tal caso il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'assicurato (vedasi articoli A.35 e B.29 delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rimanda per gli aspetti di dettaglio).

Per la sezione "Tutela Legale" in caso di conflitto di interesse o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi, è previsto che la decisione possa essere demandata ad un arbitro (vedasi articolo I.8 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio).

AVVERTENZA: Resta in ogni caso fermo il diritto di TUA e del Contraente di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

17 MEDIAZIONE PER LA CONCILIAZIONE DELLE CONTROVERSIE

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di TUA Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari 1, 20143, Milano (MI), fax n. 022773355.

Glossario

Ai seguenti termini TUA ed il Contraente attribuiscono convenzionalmente questi significati:

Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Assicurato:	la persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Attività professionale:	attività svolta dall'assicurato con carattere abituale, continuativo e remunerativo.
Beneficiario:	la persona fisica o giuridica designata dal contraente, alla quale TUA deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio con decesso dell'assicurato. In assenza di designazione specifica i beneficiari sono gli eredi legittimi o testamentari.
Centro diagnostico:	ambulatorio o poliambulatorio sanitario regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, per le indagini diagnostiche e/o per gli interventi chirurgici ambulatoriali.
Circolazione:	il movimento del veicolo, ivi compresa la sosta e la fermata dello stesso.
Codice delle Assicurazioni:	il Decreto Legislativo n. 209 del 07 settembre 2005 recante "Riassetto normativo delle disposizioni in materia di assicurazioni private - Codice delle Assicurazioni private" e successivi atti attuativi e modificativi.
Contraente:	il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e che paga il premio.
Convalescenza:	periodo di tempo successivo ad un ricovero, prescritto dai medici che hanno curato l'assicurato, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti, durante il quale l'assicurato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.
Day hospital:	la degenza in istituto di cura non comportante pernottamento, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.
Difetto fisico o malformazione:	alterazione, mancanza o imperfezione di un organo o di un apparato, anche di natura congenita.
Franchigia:	la parte di danno, espressa in misura fissa, che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato.
Grande Cura:	l'intervento terapeutico mediante uso di strumenti chirurgici, rientrante nella tabella 3 - Grandi Cure.
Immobilizzazione:	ogni mezzo di contenzione, rigido e non rimovibile, comunque immobilizzante e prescritto da personale medico, comprese le osteosintesi e i fissatori esterni. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.
Inabilità temporanea:	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, della capacità dell'assicurato ad attendere in tutto o in parte alle attività professionali dichiarate in polizza.
Indennizzo:	la somma dovuta da TUA all'assicurato in caso di sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Insorgenza:	epoca in cui ha inizio la malattia, anche asintomatica e/o non diagnosticata.
Intervento chirurgico:	l'atto medico, con diretta finalità terapeutica, cruento, realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture.
Invalità Permanente:	la perdita definitiva, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo.
Istituto di cura:	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Istituto di cura convenzionati:	gli Istituti di cura convenzionati con la Struttura Organizzativa e TUA, presso i quali l'assicurato può usufruire del servizio di pagamento diretto. La verifica degli Istituti di cura convenzionati deve essere effettuata dall'assicurato, contattando telefonicamente e preventivamente la Struttura Organizzativa.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia improvvisa:	malattia di acuta manifestazione che non sia manifestazione, seppure improvvisa, di malattia insorta nota all'assicurato salvo che, benché nota, non abbia necessitato, nei 12 mesi antecedenti la manifestazione improvvisa, indagini diagnostiche, ricoveri ospedalieri, trattamenti terapeutici o sanitari in genere.
Manifestazione:	epoca in cui si manifesta la malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi della stessa.
Massimale/ Somma assicurata:	la somma, indicata in polizza, fino alla concorrenza della quale TUA presta la garanzia.
Partita:	singola garanzia o complesso di garanzie indicate in polizza che prevedono il pagamento di un premio.
Periodo di assicurazione:	nel caso in cui l'assicurazione preveda una durata annuale o pluriennale, questo s'intende stabilito come il periodo compreso tra la prima data di decorrenza dell'assicurazione e la prima scadenza annua e, per gli anni seguenti, come il periodo compreso tra le successive date di decorrenza e le date di scadenza annue di Polizza; nel caso in cui l'assicurazione sia stipulata per una durata inferiore all'anno, detto periodo coincide con quest'ultima durata.
Polizza:	il documento che prova il contratto di assicurazione.
Premio:	il costo della copertura assicurativa dovuto dal contraente a TUA.

Ricovero:	la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.
Risarcimento:	la somma dovuta da TUA all'assicurato in caso di sinistro per provvedere a tacitare il terzo danneggiato.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Rischio in itinere:	infortunio verificatosi percorrendo il tragitto più agevole, in termini di tempo e spazio, per recarsi dal proprio domicilio, o residenza, al luogo di lavoro e viceversa, nel tempo strettamente necessario per percorrerlo.
Scoperto:	la parte di danno, espressa in misura percentuale, che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato.
Sforzo:	atto di forza straordinario, per intensità e rapidità nella contrazione muscolare, allo scopo di controbilanciare una potenza o vincere una resistenza.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Struttura Organizzativa:	è la struttura di Mapfre Warranty - Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BI), costituita da medici, tecnici, operatori, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con TUA provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'assicurato ed organizza i ricoveri presso gli istituti di cura convenzionati, per le prestazioni della sezione "Tutela della Salute" previste in polizza.
TUA:	l'impresa assicuratrice TUA Assicurazioni S.p.A. – sede legale in Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI).

Ad integrazione e parziale modifica delle "Definizioni" sopra riportate valide per tutte le sezioni, per la sezione Assistenza alla persona ("Infortuni", "Infortuni con ADI", "Salute", "Salute Plus", "Salute con ADI") sono previste anche le seguenti:

Assicurato:	gli assicurati (persone fisiche il cui interesse è protetto dall'assicurazione) con le prestazioni "Assistenza alla persona" nella forma "Infortuni", "Infortuni con ADI", "Salute", "Salute Plus", "Salute con ADI".
Decorrenza e durata:	dalla data di decorrenza della polizza e per tutta la durata della stessa.
Estensione Territoriale:	l'assicurazione vale per tutto il Mondo.
Prestazioni:	sono le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'assicurato.
Sinistro:	il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità del Servizio e che determina la richiesta di assistenza dell'assicurato.
Struttura Organizzativa:	è la struttura di Mapfre Assistenza S.A. - Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BI), costituita da medici, tecnici, operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con TUA provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico di TUA stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Ad integrazione e parziale modifica delle "Definizioni" sopra riportate valide per tutte le sezioni, per la sezione Tutela Legale sono previste anche le seguenti:

Caso assicurativo:	il sinistro, ovvero il verificarsi del fatto dannoso - cioè la controversia - per il quale è prevista l'assicurazione.
Tutela Legale:	l'assicurazione Tutela Legale, ai sensi del D. L.vo 209/2005, artt. 163/4 - 173/4 e correlati.
Unico caso assicurativo:	il fatto dannoso e/o la controversia che coinvolge più assicurati.

TUA ASSICURAZIONI S.P.A. È RESPONSABILE DELLA VERIDICITÀ E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI E DELLE NOTIZIE CONTENUTI NELLA PRESENTE NOTA INFORMATIVA.

Data di aggiornamento: 07/05/2018.

IL RAPPRESENTANTE LEGALE

DOTT. MARCO CARDINALETTI



Premessa

Data di aggiornamento: 01/01/2017

Le seguenti condizioni (facenti parte del fascicolo informativo di cui al modello FASSAL 5 ed. 01/2017) costituiscono parte integrante della polizza sottoscritta dal contraente, identificata dal modello SALUTE 1 ed. 01/2017.

L'assicurazione è prestata esclusivamente per le partite per le quali è stata indicata la somma assicurata e/o massimali e corrisposto il relativo premio, salvi i limiti di indennizzo o risarcimento, gli scoperti e le franchigie eventualmente previsti sulla polizza stessa o nelle seguenti condizioni.

Rimando al glossario

TUA Assicurazioni s.p.a. ed il Contraente attribuiscono convenzionalmente ai termini indicati nel Glossario il significato in esso indicato

Norme valide per tutte le sezioni di polizza

<p>Art. 1 Dichiarazioni e comunicazioni del contraente</p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o reticenti, dell'assicurato o del contraente, rese al momento della stipulazione del contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da TUA in caso di sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 cod. civ.</p>
<p>Art. 2 Altre assicurazioni</p>	<p>L'assicurato o il contraente deve comunicare per iscritto a TUA l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'indennizzo.</p> <p>L'assicurato o il contraente è esonerato dal comunicare l'esistenza di altre assicurazioni derivanti da rapporti contrattuali con istituti di credito e finanziari (conti correnti, carte di credito, mutui, finanziamenti, ecc.) o da accordi collettivi di lavoro nazionali o aziendali.</p> <p>In caso di sinistro, l'assicurato deve comunque darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 cod. civ.</p>
<p>Art. 3 Aggravamento del rischio</p>	<p>L'assicurato o il contraente deve dare immediatamente comunicazione scritta a TUA di qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare l'aggravamento del rischio stesso.</p> <p>Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da TUA possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da TUA in caso di sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 cod. civ.</p>
<p>Art. 4 Diminuzione del rischio</p>	<p>L'assicurato o il contraente è tenuto a comunicare a TUA qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare la diminuzione del rischio stesso. In caso di accertata diminuzione del rischio TUA, ai sensi dell'art. 1897 cod. civ., è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio a decorrere dalla prima scadenza successiva alla suddetta comunicazione.</p>
<p>Art. 5 Assicurazione per conto altrui</p>	<p>Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo assicurato, ai sensi dell'art. 1891 cod. civ.</p>
<p>Art. 6 Durata e Periodo di assicurazione</p>	<p>Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto.</p> <p>Nel caso in cui la polizza sia di durata poliennale, le parti avranno comunque facoltà di recedere dal contratto al termine di ogni periodo di assicurazione, mediante invio di lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza annuale.</p>
<p>Art. 7 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia</p>	<p>L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo.</p> <p>Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di TUA di esigere il pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 cod. civ.</p> <p>Il premio o la prima rata di premio deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive devono essere pagate alle previste scadenze, contro rilascio di quietanze emesse dall'agenzia che devono indicare</p>

la data del pagamento e recare la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio.

Il pagamento deve essere eseguito presso l'agenzia cui è assegnato il contratto, la quale è autorizzata a rilasciare la quietanza, secondo le vigenti disposizioni normative.

Il pagamento del premio pattuito può essere eseguito dal contraente con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato o girato a TUA o all'Agente in qualità di agente di TUA. Per assegni bancari e postali di importi pari o superiori a 5.000 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento) dovranno necessariamente riportare il nome o la ragione sociale del beneficiario e la clausola di non trasferibilità, pena la comunicazione della violazione alle autorità competenti.
- ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario TUA o l'agente in qualità di agente di TUA.
- pagamento in contante per premi annui il cui importo sia pari o inferiore a 750 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento); è vietato il pagamento con denaro contante se il premio annuo è superiore a tale importo.

Avvertenze: è fatto comunque divieto, in presenza di pagamento di uno o più premi riferiti al medesimo o a diversi contratti, il trasferimento di denaro contante o titoli al portatore quando il valore dell'operazione, anche frazionata, è complessivamente pari o superiore a 5.000 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento).

Le comunicazioni tra le parti e le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 8

Comunicazioni e modifiche al contratto

Art. 9

Proroga, disdetta e variazione del premio alla scadenza del contratto

In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Qualora, alla scadenza del contratto TUA intenda apportare variazioni alle condizioni contrattuali, tariffarie o normative, rispetto a quelle precedentemente convenute, deve darne comunicazione al contraente almeno 90 giorni prima della scadenza. Se il contraente comunica di non accettare le nuove condizioni tariffarie, o non dichiara di accettare, il contratto si intende risolto alla scadenza.

In ogni caso il pagamento del nuovo premio e il ritiro della relativa quietanza debbono intendersi come dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni tariffarie proposte, mentre sarà richiesta la sottoscrizione per accettazione delle variate condizioni normative.

Qualora in polizza sia richiamata la dicitura "tacito rinnovo NO", quanto sopra previsto non opera e l'assicurazione si intende estinta alle ore 24 del giorno di naturale scadenza in essa indicata.

Art. 10

Aggiornamento annuale del premio all'età degli assicurati - operante solo per la sezione "Tutela della salute"

Alla scadenza di ciascuna annualità, i premi imponibili annuali in corso, per le sole garanzie della sezione "Tutela della salute", sono rideterminati automaticamente in base ai coefficienti di variazione annuale riferiti all'età di ogni assicurato a tale data. Tali coefficienti di variazione sono riportati, per età e per garanzia, nelle tabelle 1 e 2 "Aggiornamento del premio all'età degli assicurati". Sull'importo così ottenuto viene applicata l'indicizzazione prevista dall'articolo seguente ed infine ripartito il premio per l'eventuale frazionamento ed applicate le imposte di legge.

Tale aggiornamento annuale è effettuato al fine di adeguare il premio all'evolvere del rischio nel tempo.

Art. 11

Indicizzazione

Qualora indicato in polizza SI nella casella "Indicizzata", le somme assicurate, i massimali, le franchigie, gli altri limiti di garanzia e i premi delle sezioni "Tutela della salute" e "Tutela in caso di infortuni" sono collegati all'"Indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività - Servizi sanitari e spese per la salute" pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica, in conformità a quanto segue:

- nel corso di ogni anno solare, sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di gennaio dell'anno precedente;
- ***alla scadenza di ogni rata annuale, la somma assicurata, i massimali, le franchigie, gli altri limiti di garanzia, non espressi in percentuale, ed i premi, verranno aumentati o ridotti in proporzione alla variazione dell'indice;***
- l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annuale, dietro rilascio all'assicurato di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Le parti potranno recedere dalla presente clausola mediante lettera raccomandata da inviare almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, sempre che le somme assicurate ed i massimali alla stipulazione della polizza siano aumentati almeno del 50% a seguito dell'applicazione della presente clausola.

In tal caso la clausola cessa di avere vigore, restando somme assicurate, massimali e premio quelli dell'ultimo adeguamento effettuato.

In caso di eventuale ritardo od interruzione nella pubblicazione degli indici, TUA proporrà l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento; qualora il contraente non accetti l'adeguamento, TUA ha facoltà di mantenere in vigore il contratto in base all'ultimo adeguamento effettuato oppure di recedere dallo stesso con preavviso di 60 giorni mediante lettera raccomandata.



Art. 12 Recesso in caso di sinistro	<p>Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente, qualora rivesta la qualifica di "consumatore" ai sensi dell'art. 1469 bis cod. civ., o TUA hanno la facoltà di recedere dal contratto comunicando tale intenzione all'altra parte a mezzo lettera raccomandata A.R.. In tal caso il recesso ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione. In tal caso TUA rimborsa al contraente, entro 30 giorni dalla data del recesso, la parte di premio versata, al netto dell'imposta, relativa al periodo di garanzia non goduto.</p> <p>Relativamente alla sezione "Tutela della salute", a norma del Codice delle Assicurazioni, tale facoltà di recesso è operante nei primi due anni di effetto della polizza; a decorrere dal terzo anno le parti rinunciano alla facoltà prevista dal primo comma. Per le sezioni "Assistenza alla persona" e "Tutela Legale" il recesso è previsto esclusivamente nel caso in cui, a seguito di recesso dalle restanti sezioni, queste siano le sole sezioni di polizza a rimanere operanti.</p> <p>L'eventuale incasso dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro non potrà essere interpretato come rinuncia alla facoltà di recesso.</p>
Art. 13 Persone non assicurabili	<p>Non sono assicurabili, le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope, ad eccezione dei farmaci psicotropi assunti a scopo terapeutico), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., da Parkinson, da Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla.</p> <p>L'insorgenza di tali affezioni costituisce causa di risoluzione del contratto. In questo caso TUA restituisce al contraente la parte di premio versata, relativa al periodo di premio di garanzia non goduto.</p> <p>È fatto salvo quanto previsto dagli Artt. A.21 e B.7 qualora sottoscritte le relative partite.</p> <p>Non sono inoltre assicurabili soggetti che abbiano compiuto i 75 anni d'età a scadenza di polizza, salvo che per la garanzia Invalidità permanente da Malattia per la quale tale limite è ridotto a 65 anni.</p>
Art. 14 Foro Competente	<p>Foro competente è quello di residenza o di domicilio elettivo dell'assicurato o del contraente.</p>
Art. 15 Oneri fiscali	<p>Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del contraente.</p>
Art. 16 Rinvio alle norme	<p>Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative e regolamentari.</p>
Art. 17 Mediazione per la conciliazione delle controversie	<p>Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di TUA Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari 1, 20143, Milano (MI), fax n. 022773355.</p>
Art. 18 Diritto di recesso contratti a distanza	<p>Il contraente, a norma dell'articolo 67 duodecies del Decreto legislativo n. 206 del 6 settembre 2005 (e successive modifiche ed integrazioni), qualora il contratto di assicurazione sia stato collocato a distanza, ha diritto di recedere dal contratto entro 14 giorni successivi alla data di conclusione del contratto, senza dover indicare il motivo.</p> <p>Per esercitare tale diritto, il contraente deve essere inquadrabile come "consumatore" (secondo la definizione di cui all'articolo 67 ter ed articolo 3 comma 1 lettera a) del Decreto legislativo n. 206 del 6 settembre 2005 e successive modifiche ed integrazioni) e deve inviare, prima dello scadere di detto termine di 14 giorni, una dichiarazione esplicita a mezzo lettera raccomandata A.R. a TUA Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, con la quale richiede l'esercizio di tale diritto di recesso e conferma l'assenza di sinistri.</p> <p>A seguito del recesso il contraente ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico. Pertanto resta dovuto a TUA la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.</p> <p>Il diritto di recesso non si applica:</p> <ul style="list-style-type: none">- alle polizze di assicurazione viaggio e bagagli o alle analoghe polizze assicurative a breve termine di durata inferiore a un mese;- ai contratti interamente eseguiti da entrambe le parti su esplicita richiesta scritta del consumatore prima che quest'ultimo eserciti il suo diritto di recesso;- qualora sia avvenuto un sinistro, prima o al momento della ricezione da parte di TUA della richiesta di recesso del contraente. <p>Nel caso in cui il diritto di recesso venga esercitato nei casi di cui al comma precedente (o negli altri casi esclusi da tale diritto dal Codice del Consumo), TUA avrà diritto di opporsi e di rivalersi nei confronti del Contraente.</p>

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tutela in caso di infortuni

Morte

Art. A.1
Morte per infortunio

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza la morte dell'assicurato, TUA corrisponde **la somma assicurata indicata in polizza** ai beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza del medesimo infortunio, l'assicurato muore entro due anni dall'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), TUA corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

Se la salma dell'assicurato non viene ritrovata, TUA liquida il capitale garantito dopo 6 mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli artt. 60 e 62 cod. civ. **Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, TUA ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.** A restituzione avvenuta, l'assicurato avrà così diritto all'indennizzo, spettante ai sensi di polizza, per altri casi eventualmente assicurati.

Art. A.2
Grave lutto

Commorienza dei genitori - Se lo stesso infortunio causa il decesso dell'assicurato e quello del coniuge non legalmente separato, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 100%, **a condizione che risultino fiscalmente a carico dell'assicurato e/o del coniuge deceduti uno o più figli minori o con handicap (intendendosi per tali le persone riconosciute con invalidità non inferiore al 66%).**

Atti dolosi alla persona o al patrimonio - A seguito di morte causata da rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 25%.

Il massimo esborso a carico di TUA, per gli indennizzi supplementari previsti dal presente articolo, non potrà superare, anche in caso di più polizze infortuni stipulate con TUA, l'importo per evento e, complessivamente per la presente partita per ogni assicurato, indicati quale limite di indennizzo all'Art. A.38.

Le prestazioni previste dal presente articolo non sono cumulabili.

Invalidità permanente

Art. A.3
Invalidità permanente da infortunio

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'assicurato totale o parziale, entro due anni dal giorno dell'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), TUA corrisponde l'indennizzo, **sulla base della somma assicurata indicata in polizza**, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, TUA corrisponde la somma assicurata;
- se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori, da intendersi quali massimi, delle seguenti menomazioni:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	%
un arto superiore	70%
una mano o un avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
una falange del pollice	9%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito
anchilosi della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	%
anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%
anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%
paralisi completa del nervo radiale	35%
paralisi completa del nervo ulnare	20%
amputazione di un arto inferiore:	
- al di sopra della metà della coscia	70%
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
amputazione di:	
- un piede	40%
- ambedue i piedi	100%
- un alluce	5%
- un altro dito del piede	1%
- una falange dell'alluce	2,5%
emia addominale da sforzo ed ernie traumatiche solo nel caso in cui non siano operabili	max 10%
anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
anchilosi del ginocchio in estensione	25%
anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sottoastragalica	15%
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%
un occhio	25%
ambedue gli occhi	100%
perdita anatomica di un rene	15%
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%
sordità completa di un orecchio	10%
sordità completa di ambedue le orecchie	40%
perdita totale della voce	30%
stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
esiti di frattura scomposta di una costa	1%
esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- dodicesima dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera b), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

b1) nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate alla lettera b), le percentuali sono calcolate entro il limite di quelle sopra indicate ed

in proporzione alla funzionalità perduta;

- b2) nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- b3) nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera b) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene comunque determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati nella tabella di cui sopra o alla lettera b) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore totale del 100%.

Art. A.4
Franchigia base

Le prestazioni per invalidità permanente per infortunio sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

- 1) sulla parte fino a 200.000 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia del 3% sul grado di invalidità permanente accertato;**
- 2) sulla parte eccedente 200.000 euro e fino a 500.000 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia del 5% sul grado di invalidità permanente accertato;**
- 3) sulla parte eccedente 500.000 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia del 10% sul grado di invalidità permanente accertato.**

Art. A.5
Invalidità permanenti gravi

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 30% della totale, non si applicano le franchigie dell'articolo che precede, mentre in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore a 60% della totale, TUA riconoscerà l'intera somma assicurata.

Art. A.6
Tabella INAIL

Qualora indicato in polizza SI nella casella "INAIL", si conviene che a deroga della tabella prevista dall'Art. A.3 lettera b), l'invalidità permanente viene stabilita in base alle percentuali di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con esclusione delle modifiche intervenute successivamente all'approvazione della stessa ed in particolare deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. 23 febbraio 2000 n. 38, che abbiano sostituito detta tabella. TUA rinuncia all'applicazione della franchigia prevista dalla legge medesima, ma con applicazione, per la determinazione dell'indennizzo, dei criteri di liquidazione e della franchigia previsti nelle presenti condizioni generali di assicurazione.

Art. A.7
Invalidità permanente maggiorata

A deroga dell'Art. A.4 e A.5, qualora indicato in polizza "maggiorata" nella casella "forma indennizzo", si conviene che l'indennizzo è calcolato applicando all'invalidità permanente accertata le percentuali corrispondenti riportate nella corrispondente tabella in relazione alla franchigia riportata in polizza:

Tabella A – Invalidità permanente da infortunio maggiorata – franchigia 3%;
Tabella B – Invalidità permanente da infortunio maggiorata – franchigia 5%;
Tabella C – Invalidità permanente da infortunio maggiorata – franchigia 10%.

Art. A.8
Invalidità permanente con franchigia assorbibile

A deroga dell'Art. A.4 e A.5, qualora indicato in polizza "assorbibile" nella casella "Franchigia", si conviene che l'indennizzo è calcolato applicando all'invalidità permanente accertata le percentuali corrispondenti riportate nella corrispondente tabella in relazione alla percentuale di franchigia riportata in polizza:

Tabella D – Invalidità permanente da infortunio – franchigia 3% assorbibile;
Tabella E – Invalidità permanente da infortunio – franchigia 5% assorbibile;
Tabella F – Invalidità permanente da infortunio – franchigia 10% assorbibile.

Art. A.9
Invalidità permanente liquidata con tabella IPM

A deroga dell'Art. A.4 e A.5, qualora indicato in polizza "tabella IPM" nella casella "forma indennizzo", si conviene che l'indennizzo è calcolato applicando all'invalidità permanente accertata le percentuali corrispondenti riportate nella tabella G – Invalidità permanente da malattia.

Art. A.10
Invalidità permanente sopravvalutata

Fermo quanto disposto dall'Art. A.4, qualora indicato in polizza "sopravalutata" nella casella "forma indennizzo", si conviene che alcune percentuali di invalidità permanente tra quelle indicate nella tabella prevista dall'Art. A.3 lettera b) vengono modificate come indicato nella tabella H – Invalidità permanente da infortunio sopravvalutata.

L'applicazione di tale tabella comporta l'abrogazione di quanto disposto dall'Art. A.5 - Invalidità permanenti gravi.

Art. A.11
Invalidità permanente con franchigia assoluta

A parziale deroga dell'Art. A.4 e A.5, qualora indicato in polizza "assoluta" nella casella "Franchigia", si conviene che non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore a quella indicata in polizza. Se l'invalidità permanente supera tale percentuale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente, salvo maggiore franchigia comunque prevista dal citato Art. A.4.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore a 60% della totale, TUA riconoscerà l'intera somma assicurata.

Art. A.12
Invalidità permanente con franchigia relativa

A parziale deroga dell'Art. A.4 e A.5, qualora indicato in polizza "relativa" nella casella "Franchigia", si conviene che non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore a quella indicata in polizza. Se l'invalidità permanente supera tale percentuale, viene corrisposto l'indennizzo senza applicazione di alcuna franchigia.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore a 60% della totale, TUA riconoscerà l'intera somma assicurata.

Art. A.13
Decesso anteriore all'indennizzo

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, **fermo quanto previsto dall'Art. A.33**, se l'assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato o determinabile sulla base delle risultanze mediche, sia stato pagato, TUA corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'assicurato.

Inabilità temporanea

Art. A.14
Oggetto dell'assicurazione

Se l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, ha per conseguenza un'inabilità temporanea, TUA liquida l'indennità convenuta indicata in polizza:

a) al 100% per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere all'attività professionale dichiarata in polizza;

b) al 50% per ogni giorno in cui l'assicurato ha in parte potuto attendere alle attività dichiarate in polizza.

In ogni caso a decorrere dal 50° giorno successivo a quello in cui inizia l'erogazione della prestazione, l'indennità per inabilità totale e parziale è aumentata del 50%, con il massimo di 150 euro al giorno.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta **per ogni sinistro e per anno assicurativo** per il periodo massimo di giorni indicato in polizza nella casella "giorni" e fino ad avvenuta guarigione. **In caso di ernie addominali da sforzo operabili l'indennizzo viene corrisposto per un periodo massimo di 15 giorni.**

Il conteggio dei giorni, anche ai fini della franchigia di cui all'Art. A.15, decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato a termini di polizza ovvero, in caso di ritardo, dalle ore 24 del giorno della denuncia.

Art. A.15
Franchigia base

L'indennizzo per il caso di inabilità temporanea è corrisposto:

- 1) **se l'assicurato viene ricoverato in istituto di cura per almeno 2 pernottamenti consecutivi:** non viene applicata alcuna franchigia, **pertanto l'indennizzo è corrisposto per l'intero periodo di inabilità (anche se i pernottamenti non dovessero superare i giorni di eventuale franchigia indicati in polizza). Il giorno di dimissione dall'istituto di cura non viene considerato nel conteggio dei giorni;**
- 2) **se l'assicurato ha fatto ricorso al pronto soccorso con prognosi, rilasciata dall'ente ospedaliero, di almeno 5 giorni: a partire dal 6° giorno di inabilità (franchigia assoluta 5 giorni);**
- 3) **in tutti gli altri casi: a partire dall'11° giorno di inabilità (franchigia assoluta 10 giorni).**

Art. A.16
Invalidità temporanea con franchigia assoluta

In deroga dell'articolo che precede, si conviene che l'indennizzo per il caso di inabilità temporanea è corrisposto:

- 1) **qualora in polizza sia indicato "venti" nella casella "franchigia":**
 - **se l'assicurato viene ricoverato in istituto di cura per almeno 2 pernottamenti consecutivi:** non viene applicata alcuna franchigia, **pertanto l'indennizzo è corrisposto per l'intero periodo di inabilità (anche se i pernottamenti non dovessero superare i giorni di eventuale franchigia indicati in polizza). Il giorno di dimissione dall'istituto di cura non viene considerato nel conteggio dei giorni;**
 - **se l'assicurato ha fatto ricorso al pronto soccorso con prognosi, rilasciata dall'ente ospedaliero, di almeno 10 giorni: a partire dall'11° giorno di inabilità (franchigia assoluta 10 giorni);**
 - **in tutti gli altri casi: a partire dal 21° giorno di inabilità (franchigia assoluta 20 giorni);**
- 2) **qualora in polizza sia indicato "trenta" nella casella "franchigia":**
 - **se l'assicurato viene ricoverato in istituto di cura per almeno 2 pernottamenti consecutivi:** non viene applicata alcuna franchigia, **pertanto l'indennizzo è corrisposto per l'intero periodo di inabilità (anche se i pernottamenti non dovessero superare i giorni di eventuale franchigia indicati in polizza). Il giorno di dimissione dall'istituto di cura non viene considerato nel conteggio dei giorni;**
 - **se l'assicurato ha fatto ricorso al pronto soccorso con prognosi, rilasciata dall'ente ospedaliero, di almeno 15 giorni: a partire dal 16° giorno di inabilità (franchigia assoluta 15 giorni);**
 - **in tutti gli altri casi: a partire dal 31° giorno di inabilità (franchigia assoluta 30 giorni).**

Indennità per ricovero

Art. A.17

Oggetto della garanzia

TUA, in caso di ricovero in istituto di cura dell'assicurato per infortunio, corrisponde allo stesso **l'indennità giornaliera prevista in polizza per ciascun giorno di degenza, per un massimo dei giorni indicati in polizza, per sinistro e per anno assicurativo. Il giorno di dimissione dall'istituto di cura non viene considerato nel conteggio dei giorni.** In caso di infortunio che determini intervento per asportazione di organi, trapianto, arthro-protesi delle grandi articolazioni, l'indennità giornaliera viene raddoppiata.

Tali indennità, nel caso in cui in polizza sia indicata una franchigia in giorni, vengono corrisposte dal giorno successivo a quello della franchigia stessa.

In caso di day hospital, purché per un periodo continuativo non inferiore a 3 giorni, salvo giorni festivi, la garanzia è operante per una indennità pari al 50% dell'indennità giornaliera prevista in polizza per il caso di ricovero.

Art. A.18

Indennità per convalescenza post-ricovero

Qualora indicato SI nella casella "convalescenza" sulla scheda di polizza, in caso di convalescenza domiciliare, successiva ad un ricovero indennizzabile a termini dell'Art. A.17 e prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'assicurato e corredata da certificato medico, **TUA corrisponde un'indennità supplementare pari al limite di indennizzo indicato all'Art. A.38.** La garanzia non opera per ricoveri che abbiano previsto solo un pernottamento e per il caso di day hospital.

Indennità per immobilizzazione

Art. A.19

Oggetto della garanzia

Se l'infortunio comporta immobilizzazione applicata a titolo curativo per lesioni traumatiche, TUA corrisponde all'assicurato l'indennità (per ciascun giorno) indicata in polizza dal giorno dell'applicazione dell'immobilizzazione fino al giorno della rimozione della stessa – **purché effettuata da personale medico** - e comunque con il massimo di 60 giorni per infortunio.

Non verrà invece equiparata all'immobilizzazione l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali. Per la frattura della costola verrà corrisposta l'indennità prevista in polizza per una durata forfetaria di 20 giorni.

Qualora operante la garanzia "**Indennità per ricovero**" dell'Art. A.17, se l'infortunio comporta sia il ricovero in istituto di cura che l'immobilizzazione, ai fini dell'operatività della presente garanzia i giorni verranno conteggiati da quello della dimissione.

Rimborso spese di cura

Art. A.20

Oggetto della garanzia

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza TUA assicura **fino alla concorrenza della somma assicurata indicata in polizza e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale** il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute, **nei 200 giorni successivi all'infortunio:**

a) **Se c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:**

- a1) accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici);
- a2) onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- a3) rette di degenza;
- a4) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami forniti dall'istituto di cura durante il periodo di ricovero;
- a5) esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**);
- a6) per il trasporto dell'assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato:
 - per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura;
 - per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
 - per il rientro al domicilio al momento della dimissione.

Il rimborso viene riconosciuto fino al limite di indennizzo indicato all'Art. A.38;

- a7) tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica successivi all'infortunio.

b) **Se non c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:**

Gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (**escluse le spese di natura alberghiera**). **Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con lo scoperto indicato all'Art. A.38**

c) Cure e protesi dentarie da infortunio:

- c1) cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche;
- c2) protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.

Tali spese vengono rimborsate con il limite di indennizzo indicato all'Art. A.38.

Nel caso in cui l'assicurato si avvalga del "Servizio Sanitario Nazionale", TUA rimborserà le spese non riconosciute dal precitato Servizio, compresi eventuali ticket, sostenute dall'assicurato per le prestazioni sopra descritte.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale.

Qualora l'assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

Qualora l'assicurato abbia stipulato con TUA nel medesimo contratto o in altro, copertura anche per la garanzia "Cure mediche" o "Grandi Cure" della sezione Tutela della Salute, dette ultime garanzie non potranno cumularsi con la presente garanzia o con le garanzie speciali di cui al successivo Art. A.21.

Art. A.21

Garanzie speciali

Qualora prevista in polizza la garanzia "Rimborso spese di cura", indipendentemente dalla somma assicurata con la stessa, sono rese operanti le seguenti "Garanzie speciali":

Contagio da H.I.V

A parziale deroga dell'Art. 13, in caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue, o di emoderivati, **resa necessaria da infortunio indennizzabile a termini di polizza e comprovata da referto della prestazione di Pronto Soccorso o da cartella clinica del ricovero, TUA corrisponde un indennizzo pari al limite indicato all'Art. A.38.**

Perdita anno scolastico

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che comporti l'impossibilità alla frequenza delle lezioni (di scuola di istruzione primaria o secondaria in Italia o Repubblica di San Marino o Città del Vaticano) per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico, TUA corrisponde una indennità pari **al limite indicato all'Art. A.38, su presentazione della certificazione rilasciata dalla segreteria scolastica o dal Provveditorato agli Studi dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta ad assenza dalle lezioni e della certificazione medica che attesti che tali assenze sono conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio indennizzabile a termini di polizza.**

Sostegno alle vittime di violenze fisiche

Se a seguito di violenza fisica perpetrata da parte di terzi sull'assicurata/o, quest'ultima/o dovesse subire un infortunio indennizzabile a termini di polizza, con conseguente ricorso a cure psicoterapiche, TUA assicura il rimborso di tali spese effettivamente sostenute, **nei 200 giorni successivi all'infortunio e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale, fino al limite di indennizzo indicato all'Art. A.38 in aggiunta alla somma assicurata** indicata in polizza per la garanzia "Rimborso spese di cura", senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto, **purchè:**

- **la violenza abbia comportato un ricovero con o senza intervento chirurgico, anche ambulatoriale. In caso di violenza sessuale è sufficiente il day hospital o il referto medico del pronto soccorso;**
- **sia stata fatta la denuncia alle autorità competenti.**

Danno estetico da infortunio per violenza fisica

Ai fini della garanzia di cui al precedente Art. A.20, in caso di danno estetico a seguito di infortunio indennizzabile determinato da violenza fisica perpetrata da terzi, i limiti di indennizzo e la somma assicurata indicata in polizza si intendono raddoppiati.

Responsabilità civile contraente

Art. A.22

Oggetto dell'assicurazione

Qualora l'assicurato, ovvero in caso di morte i suoi beneficiari o qualcuno di essi, non accettino, a completa tacitazione per infortunio, l'indennizzo liquidato ai sensi della presente assicurazione ed avanzino nei confronti del contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, **TUA risponde della maggiore somma che il contraente fosse eventualmente tenuto a pagare con il limite di indennizzo indicato all'Art. A.38.**

In tal caso, l'indennizzo liquidato viene accantonato per essere computato nel risarcimento che il contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione. Qualora l'infortunato od i suoi beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene pagato sotto deduzione delle spese sostenute per resistere all'azione di danno. **Nel caso di infortunio che colpisca più assicurati il maggior esborso a carico di TUA non potrà essere superiore al limite di indennizzo indicato all'Art. A.38.**

La presente garanzia non è operante quando:

- 1) l'infortunio non è indennizzabile ai sensi della presente polizza;
- 2) l'infortunio è subito in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari;
- 3) l'infortunio colpisce il coniuge, i genitori, i figli del contraente, nonché qualsiasi altro parente o affine con lui convivente;
- 4) il contraente non sia una persona fisica e l'infortunio colpisce il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui al precedente punto 3);
- 5) il responsabile dell'infortunio sia tenuto a pagare a titolo sanzionatorio (multe, ammende, penali) e a titolo non risarcitorio, nonché per i danni che comportano perdite pecuniarie ovvero non comportanti danni corporali e/o materiali;

nonché per gli infortuni derivanti da:

- 6) produzione, detenzione o impiego di sostanze radioattive;
- 7) presenza, detenzione o impiego di amianto o prodotti dallo stesso derivati e/o contenenti; nonché quelli da qualunque natura e comunque occasionati, direttamente o indirettamente derivante dall'asbesto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'asbesto;
- 8) campi magnetici, elettrici o elettromagnetici o radianti;
- 9) inquinamento e contaminazione in genere anche chimica, radioattiva e batteriologica.

Se le persone assicurate sono soggette all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, la presente garanzia vale esclusivamente a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e del D. Lgs. n. 38/2000.

Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o civile, il contraente dovrà darne comunicazione scritta all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o a TUA, entro tre giorni da quando ne abbia avuto conoscenza e possibilità; parimenti, dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari od aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso i documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 cod. civ.

TUA assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, in sede stragiudiziale o giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'assicurato, designando, ove occorra, legali e tecnici, avvalendosi della collaborazione dell'assicurato e di tutti i diritti e di tutte le azioni spettanti all'assicurato stesso.

Clausole particolari

Art. A.23

Clausola dirigenti

Qualora indicato SI nella casella "Clausola dirigenti" sulla polizza, è reso operante quanto segue:

1) Malattie professionali (solo per i dirigenti di aziende industriali)

L'assicurazione copre per i casi di morte e di invalidità permanente, se previsti, anche se cagionati da malattie professionali che siano insorte nel periodo di operatività della presente garanzia, intendendosi come tali quelle indicate nell'allegato n. 4 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e con applicazione della franchigia relativa ivi prevista; **sono escluse dalla garanzia la silicosi, l'asbestosi e le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione di particelle atomiche;**

2) Invalidità permanente da infortunio (operante se presente la garanzia Invalidità permanente di cui alla presente sezione)

Per la garanzia "Invalidità permanente da infortunio" viene resa operativa la Tabella INAIL di cui all'Art. A.6, qualora indicato in polizza SI nella casella "INAIL"

3) Invalidità grave

Qualora l'invalidità riduca a meno del 50% la capacità lavorativa del dirigente e renda impossibile la prosecuzione del rapporto di impiego o la costituzione di un altro rapporto con altre aziende, la somma assicurata viene corrisposta nella misura del 100%.

Art. A.24

Garanzia Key-Man

Qualora indicato SI nella casella "Garanzia Key-man" sulla polizza, è reso operante quanto segue:

Fermo l'indennizzo liquidabile all'assicurato a termini di polizza, si conviene che al contraente sarà corrisposto un indennizzo, distinto da quello liquidabile all'assicurato, in caso di infortunio che comporti:

- la morte dell'assicurato, ai sensi dell'Art. A.1, o
- una invalidità permanente non inferiore al 60%, ai sensi dell'Art. A.3.

L'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione alla percentuale indicata in polizza.

Essendo la presente garanzia stipulata dal contraente per coprirsi, nei limiti e alle condizioni convenute, del danno economico che a esso possa derivare da infortuni subiti dall'assicurato, si conviene che, relativamente a questa specifica garanzia:

- i rapporti fra TUA e gli assicurati si limiteranno all'accertamento delle conseguenze dell'infortunio,

mentre **la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti del contraente;**

- l'indennità liquidata sarà versata unicamente al contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per TUA. **Il contraente si impegna a sollevare TUA, in quanto solvente, da ogni eventuale pretesa che da chiunque e a qualsiasi titolo dovesse essere avanzata in relazione a questa specifica garanzia;**
- **l'assicurato, con la firma** della scheda di polizza che riporta i suoi dati e quelli relativi alle garanzie, **manifesta il suo esplicito consenso a quanto sopra convenuto.**

Art. A.25

Franchigia Scalare per Invaldit  permanente

Nel caso in cui sia resa operante la garanzia "**Invaldit  permanente**", di cui dall'Art. A.3 e seguenti, **e non sia stata acquistata dall'assicurato, n  con la presente polizza n  con altra polizza stipulata con TUA, la garanzia "Inabilit  Temporanea"**, di cui dall'Art. A.14 e seguenti, **a parziale deroga dell'Art. A.4 punto 1), qualora indicato in polizza "scalare" nella casella "Franchigia"**, si conviene che sulla parte fino a 200.000 euro di somma assicurata l'indennizzo viene erogato anche per le seguenti percentuali di invaldit  permanente accertata come di seguito:

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0,3
2	0,6
3	0,9

Salvo che sia indicato in polizza nella casella "Validit  della garanzia" la forma "CONDUCENTE", qualora, l'assicurato abbia stipulato con TUA nel medesimo contratto o in altro, copertura anche per "Inabilit  Temporanea", quanto al presente articolo non sar  operativo, e varr  integralmente quanto previsto dalla Franchigia Base (compreso il punto 1 dell'Art. A.4).

Norme comuni alla sezione

Art. A.26

Ambito di validit  della garanzia

In relazione a quanto riportato in polizza nella casella "Validit  della garanzia", l'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca:

24 ORE

sia nell'esercizio dell'attivit  professionale indicata in polizza che nel tempo libero, come meglio definito di seguito.

PROFESSIONALE

nell'esercizio dell'attivit  professionale indicata in polizza, compreso il rischio in itinere.

TEMPO LIBERO

nell'esercizio di ogni attivit  che non abbia carattere professionale, occorsi in conseguenza:

- dei comuni avvenimenti della vita privata o sociale;
- di attivit  hobbistiche, sportive, domestiche o di volontariato;
- di locomozione, uso e guida di mezzi di trasporto, e di rischio in itinere.

CIRCOLAZIONE

durante la circolazione, su area pubblica e privata, in qualit  di conducente dei veicoli della classe indicata in polizza secondo la seguente classificazione:

- **Classe 1:** autovetture, autotassametri, autocarri fino 35 q.li, motocarri e ciclomotori trasporto cose;
- **Classe 2:** i veicoli della Classe 1, nonch  gli autocarri oltre 35 q.li, autobus, macchine agricole;
- **Classe 3:** i veicoli della Classe 2, nonch  i motocicli oltre 150cc;
- **Classe 4:** i veicoli della Classe 3, nonch  i motocicli fino 150cc, ciclomotori.

La garanzia   operante da quando l'assicurato ne sale a bordo a quando ne discende, nonch  a terra nei pressi del veicolo in caso di incidente, guasto meccanico o avaria.

CONDUCENTE

durante la circolazione, su area pubblica e privata, in qualit  di conducente del veicolo (la cui targa   riportata in polizza nella casella "Targa Veicolo") della classe indicata in polizza secondo la seguente classificazione:

- **Classe A:** autovetture, autocarri fino 35 q.li;
- **Classe B:** i veicoli della Classe A, nonch  i motocarri;
- **Classe C:** i veicoli della Classe B, nonch  autocarri oltre 35 q.li, autobus, macchine agricole;
- **Classe D:** i veicoli della Classe C, nonch  motocicli, ciclomotori.

La targa del veicolo (e la relativa immatricolazione) deve essere esclusivamente dei seguenti Stati: Italia, Repubblica di San Marino, Citt  del Vaticano.

La garanzia   operante da quando l'assicurato ne sale a bordo a quando ne discende, nonch  a terra nei pressi del veicolo in caso di incidente, guasto meccanico o avaria.

Art. A.27

Le estensioni

La garanzia opera per infortuni subiti in occasione degli eventi assicurati anche se derivanti da:

- a) colpa grave dello stesso;
- b) aggressioni, atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari, a condizione che non vi abbia preso parte attiva;
- c) atti di temerarietà, esclusivamente se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- d) stato di guerra, dichiarata e non, **per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità**, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in uno Stato sino ad allora in pace;
- e) inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, sempre che l'assicurato sia rimasto vittima degli eventi all'estero. La presente estensione è prestata esclusivamente per le garanzie "Morte" e "Invalidità permanente" qualora sottoscritte, **con limite di indennizzo indicato all'Art. A.38. Per la sola invalidità permanente la garanzia opera previa applicazione della franchigia indicata all'Art. A.38.**

Inoltre l'assicurazione comprende:

- f) l'asfissia non dipendente da malattia;
- g) l'avvelenamento acuto o le lesioni da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- h) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, i colpi di sole o di calore, la folgorazione;
- i) gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- j) le affezioni, obiettivamente accertabili, conseguenti a morsi o punture di animali, con esclusione della malaria;
- k) le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti e delle ernie, salvo le ernie addominali da sforzo, limitatamente ai casi di invalidità permanente e inabilità temporanea, se prevista in polizza. **La garanzia relativamente alle ernie addominali da sforzo opera con una carenza di 180 giorni dalla data di effetto.** Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con TUA, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati, allora, per le sole somme e le sole prestazioni risultanti sia nella polizza sostituita che nella presente, per data di effetto si intende il giorno di effetto della garanzia di cui alla polizza sostituita;
- l) le ernie traumatiche non operabili (in ogni caso comunque escluse quelle discali), limitatamente al solo caso di invalidità permanente;
- m) le infezioni, ad esclusione del virus H.I.V., purché il germe infettivo si sia introdotto attraverso una lesione da infortunio, contemporaneamente al prodursi della stessa. La presente estensione è prestata esclusivamente per le garanzie "Morte" e "Invalidità permanente" qualora sottoscritte, **con limite di indennizzo indicato all'Art. A.38. Per la sola invalidità permanente la garanzia opera previa applicazione della franchigia indicata all'Art. A.38.**

Art. A.28

Le esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1) **gli infortuni conseguenti a malattie mentali o a disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), o a comportamenti nevrotici;**
- 2) **gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'assicurato. Sono compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'assicurato stesso;**
- 3) **gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;**
- 4) **gli infortuni subiti in volo su mezzi di locomozione aerei, salvo quelli subiti in qualità di passeggero durante viaggi aerei su regolari voli di linea;**
- 5) **gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'assicurato;**
- 6) **gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è comunque compreso l'infortunio:**
 - **occorso all'estero in assenza di abilitazione locale alla guida, purché l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore in Italia;**
 - **subito dall'assicurato che guidi con patente scaduta e non ancora rinnovata, purché in possesso, al momento del sinistro, dei requisiti per il rinnovo;**
- 7) **gli infortuni accaduti durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari, salvo che per coloro che svolgono esclusivamente compiti amministrativi e d'ufficio in Italia;**
- 8) **gli infortuni subiti sul lavoro: in cave (anche a cielo aperto), miniere o in lavori subacquei o in mare aperto;**
- 9) **gli infortuni durante la guida o l'uso (salvo che in qualità di passeggero) di aerei e di mezzi subacquei;**
- 10) **gli infortuni subiti per le professioni circensi, acrobata, stunt-man, astronauta o che prevedano l'uso di materiali pirici, pirotecnici o esplosivi;**
- 11) **gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza;**
- 12) **le conseguenze dirette od indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi,**

macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;

- 13) *le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni, occupazione militare, invasione, salvo quanto previsto dall'Art. A.27 lettera d);*
- 14) *le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche e/o chimiche a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere. Per atti di terrorismo si intende l'uso di violenza minacciata o applicata per scopi o motivi politici, religiosi, ideologici o etnici da una persona o un gruppo di persone che agisce per conto proprio, su incarico o d'intesa con un'organizzazione/i, un governo/i con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o intimorire l'opinione pubblica o parte di essa. Per contaminazione si intende l'inquinamento, avvelenamento o l'uso mancato o limitato di beni a causa dell'impiego di sostanze nucleari, chimiche e/o biologiche.*
- 15) *gli infortuni conseguenti a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla, salvo quanto previsto dall'Art. A.21.*

Art. A.29

Pratica di sport

La garanzia opera per infortuni, subiti in occasione degli eventi assicurati, durante la pratica di:

- a) *alpinismo fino al 3° grado della scala di Monaco (non in solitaria), hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano immersioni subacquee con autorespiratore (purché l'assicurato sia in possesso di idoneo brevetto di attività subacquea o sotto la guida dell'istruttore subacqueo per l'ottenimento del brevetto), speleologia (purché effettuata in gruppo e con idonea attrezzatura), esclusivamente per le garanzie "Morte" e "Invalidità permanente", se previste. Le altre garanzie di polizza non sono rese operative per tali sport;*
- b) *baseball, basket, calcio, volley, pallamano, sport equestri, canoa e kayak, ciclismo e mountain bike (fatto salvo l'uso di tali mezzi come mezzo di trasporto), sci da discesa e snowboard, per la garanzia "Indennità da ricovero", se prevista, opera per ricoveri che abbiano comportato almeno due pernottamenti. Per le altre garanzie di polizza, opera secondo quanto indicato da ciascuna.*

Sono comunque esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di:

- 1) *sport a livello professionale (gare, prove e allenamenti) o comunque remunerato in modo diretto o indiretto;*
- 2) *sport aerei in genere (compreso il volo da diporto o sportivo – deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio);*
- 3) *sport che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura;*
- 4) *alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco o effettuato in solitaria, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, bungee jumping, slittino, bob, skeleton, discesa nei tratti montani di fiumi e torrenti (torrentismo, hydrospeed, rafting, canyoning), motonautica, navigazione in mare in solitaria, kite-surfing, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista.*

Art. A.30

Estensione territoriale

L'assicurazione opera per il mondo intero ed **esclusivamente per assicurati che abbiano il proprio domicilio o la propria residenza in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.**

Art. A.31

Rinuncia all'azione di surroga

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio, si conviene che, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, TUA rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 cod. civ.

Denuncia e gestione del sinistro

Art. A.32

Cosa fare in caso di sinistro

Il contraente o l'assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, ovvero in caso di morte il beneficiario, deve dare avviso scritto del sinistro all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui ne abbia avuto conoscenza e possibilità.

Con la denuncia del sinistro, è richiesta l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora e delle cause del sinistro, nonché l'invio del certificato medico. Ai fini della definizione del sinistro, l'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta di TUA, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D.Lgs. 196/03.

Per la garanzia "Invalidità permanente" alla denuncia **deve far seguito la seguente documentazione:**

- **certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze dell'infortunio;**
- **certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica dall'infortunio;**
- **copia della cartella clinica e ogni altro documento utile per la valutazione dei postumi invalidanti.**

Per la garanzia "Inabilità temporanea", i certificati medici devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. **Nel caso in cui l'assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando quale data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato.**

Per la garanzia "Indennità per ricovero" e "Indennità per convalescenza post-ricovero", TUA provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione della seguente documentazione:

- per il ricovero, il documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica;
- per la convalescenza a domicilio, il certificato medico dove risulta la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'assicurato.

Il pagamento avviene a ricovero ultimato o al termine della convalescenza prescritta.

Per la garanzia "Indennità per immobilizzazione" TUA provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione del certificato dell'istituto di cura o del personale medico specializzato che vi ha provveduto e del certificato rilasciato al momento della rimozione dell'immobilizzazione. In caso di utilizzo di bendaggio elastico quale mezzo di contenzione è necessario presentare le radiografie comprovanti la frattura. Il pagamento viene effettuato dopo la rimozione dell'immobilizzazione.

Per la garanzia "Rimborso spese di cura", TUA provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione, a cura ultimata, della seguente documentazione:

- intervento chirurgico, alla richiesta di rimborso vanno allegati gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate e copia conforme della cartella clinica completa;
- accertamenti diagnostici ambulatoriali e altre prestazioni sanitarie, alla richiesta di rimborso vanno allegati il certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la relativa diagnosi e gli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate.

Qualora il debito per spese mediche dell'assicurato venga sostenuto in parte da terzi, a titolo definitivo, TUA pagherà la parte del debito che resti effettivamente a carico dell'assicurato, dedotte le franchigie pattuite. TUA effettuerà il pagamento di quanto dovuto ai termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute. TUA si impegna a restituire gli originali delle fatture, notule, ricevute, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'assicurato.

Art. A.33

Criteri di
indennizzabilità

TUA indennizza le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Se, al momento dell'infortunio, l'assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. Non è pertanto indennizzabile il maggior pregiudizio arrecato da invalidità o malattie o minorazioni preesistenti (sia in caso di aggravamento, sia in caso di concorrenza con l'infortunio denunciato). Quindi, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la valutazione sarà diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. A.34

Attività diversa da
quella dichiarata

Fermo quanto disciplinato dagli Artt. 1, 3 e 4, si stabilisce che qualora l'infortunio si verifichi nello svolgimento di una attività diversa da quella dichiarata, con copertura rischi 24 ore o professionale, ovvero, limitatamente ai rischi circolazione, alla guida di un veicolo di classe diversa da quella dichiarata:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività, o la diversa classe del veicolo, non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella seguente tabella se la diversa attività o la diversa classe di veicolo aggravano il rischio:

		Attività dichiarata in polizza				
		Classi attività	1	2	3	4
Attività svolta al momento del sinistro	1	100%	100%	100%	100%	
	2	70%	100%	100%	100%	
	3	53%	75%	100%	100%	
	4	42%	59%	78%	100%	

Per la forma "CIRCOLAZIONE":

		Classe Veicolo dichiarata in polizza				
		Classi veicolo	1	2	3	4
Classe Veicolo condotta al momento del sinistro	1	100%	100%	100%	100%	
	2	63%	100%	100%	100%	
	3	48%	75%	100%	100%	
	4	43%	68%	88%	100%	

Per la forma "CONDUCENTE":

		Classe Veicolo dichiarata in polizza				
		Classi veicolo	A	B	C	D
Classe Veicolo condotta al momento del sinistro	A		100%	100%	100%	100%
	B		75%	100%	100%	100%
	C		45%	60%	100%	100%
	D		30%	41%	70%	100%

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla Tabella I - "Classificazione delle attività", mentre per la classe del veicolo si farà riferimento alla classificazione prevista dall'Art. A.26.

Art. A.35

Valutazione del danno ed operazioni peritali

Premesso che TUA si riserva di determinare l'efficacia della polizza e l'operatività delle garanzie interessate dal sinistro, si conviene che l'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le Parti.

Tuttavia, ciascuna di loro ha la facoltà di richiedere che la determinazione del danno venga demandata ad un collegio di due periti medici, nominati uno per parte con apposito atto unico. I due periti possono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei periti medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa il proprio consulente mentre l'eventuale terzo viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo perito medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo della invalidità permanente a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

Art. A.36

Anticipo degli indennizzi

Qualora, sulla base della documentazione acquisita:

- per la garanzia "**Invalidità permanente**": la percentuale di invalidità permanente da infortunio stimata da TUA sia pari o superiore al 15%;
- per la garanzia "**Inabilità temporanea**": il numero di giorni di inabilità temporanea da infortunio stimata da TUA sia superiore a 180 giorni;

verrà riconosciuto, **su richiesta scritta dell'assicurato**, un anticipo pari al 50% del presumibile indennizzo definitivo stabilito da TUA.

Tale pagamento non costituisce riconoscimento definitivo del diritto alle indennità previste dalle suddette garanzie.

Qualora a guarigione avvenuta, l'indennizzo dovuto sulla base della Invalidità permanente e dell'Inabilità temporanea accertata in via definitiva, dovesse risultare inferiore a quanto corrisposto a titolo di "Anticipo degli indennizzi" previsto dal presente articolo, TUA avrà il diritto alla restituzione della differenza tra quanto corrisposto e quanto effettivamente dovuto.

Art. A.37

Modalità di pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia e la titolarità dell'interesse assicurato, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, TUA provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dello stesso.

Il pagamento da parte di TUA all'assicurato, o ai suoi eredi in caso di decesso, viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Limiti di indennizzo, franchigie e scoperti

Art. A.38

Limiti di indennizzo,
franchigie e
scoperti

Di seguito vengono riportati i limiti di indennizzo, scoperti e franchigie per le garanzie sopra descritte, qualora non direttamente riportate sul simplo di polizza o nelle condizioni sopra descritte.

Riferimento Articolo	Garanzia	Limite, Franchigia, Scoperto
A.2	Grave lutto	Limite di indennizzo: 200.000 euro per evento, 600.000 euro (400.000 euro se scelta la forma "Conducente") complessivamente per l'intera partita (artt. A.1 e A.2) per ogni assicurato
A.4	Invalità Permanente - Franchigia Base	Franchigia assoluta: 1) sulla parte fino a 200.000 euro di somma assicurata: 3% 2) sulla parte eccedente 200.000 euro e fino a 500.000 euro di somma assicurata: 5% 3) sulla parte eccedente 500.000 euro di somma assicurata: 10%
A.15	Inabilità Temporanea - Franchigia Base	Franchigia assoluta: 0 giorni per il caso di ricovero in istituto di cura per almeno 2 pernottamenti consecutivi Franchigia assoluta: 5 giorni per il caso di rilascio di prognosi di pronto soccorso per almeno 5 giorni Franchigia assoluta: 10 giorni per gli altri casi
A.18	Indennità per convalescenza post-ricovero	Limite di indennizzo: indennità pari al 50% dell'indennità complessivamente dovuta per il caso di ricovero, con il massimo di 2.500 euro
A.20 – lettera a6)	Rimborso spese trasporto sanitario	Limite di indennizzo: 5% della somma assicurata per anno
A.20 – lettera b)	Rimborso spese cura senza ricovero o intervento (accertamenti diagnostici, esami, ecc)	Scoperto: 20% della spesa documentata, con il minimo di 100 euro per sinistro
A.20 – lettera c)	Cure e protesi dentarie	Limite di indennizzo: 30% della somma assicurata
A.21	Contagio da HIV	Limite di indennizzo: 10.000 euro
A.21	Perdita anno scolastico	Limite di indennizzo: 2.500 euro
A.21	Sostegno alle vittime di violenze fisiche	Limite di indennizzo: 3.000 euro (per anno assicurativo) in aggiunta al limite di indennizzo della garanzia "Rimborso spese di cura"
A.22	Responsabilità civile contraente	Limite di indennizzo: entro un ulteriore importo pari a quello dell'indennizzo stesso, con il massimo di 250.000 euro. Nel caso di infortunio che colpisca più assicurati, il maggior esborso non potrà superare detti 250.000 euro.
A.27 – lettera e	Morte ed IP a seguito di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici	Limite di indennizzo: 75.000 euro e comunque entro la somma assicurata riportata in polizza qualora inferiore Franchigia: 15% assoluta per la Invalità Permanente
A.27 – lettera m	Morte ed IP a seguito di infezioni (escluso HIV)	Limite di indennizzo: 75.000 euro e comunque entro la somma assicurata riportata in polizza qualora inferiore Franchigia: 15% assoluta per la Invalità Permanente

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tutela della salute

Cure mediche

Art. B.1
Durante il ricovero o l'intervento chirurgico

TUA si impegna a tenere indenne l'assicurato per le spese sanitarie che debba sostenere a seguito di:

- ricovero, con o senza intervento chirurgico;
- intervento chirurgico in day hospital, ambulatoriale o presso un Pronto Soccorso;

per trattamenti resi necessari da malattia, infortunio o parto **fino alla concorrenza della somma assicurata indicata in polizza per anno assicurativo.**

Sono indennizzabili le seguenti spese:

- a) onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) rette di degenza;
- c) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami, forniti dall'istituto di cura durante il periodo di ricovero;
- d) pernottamento e vitto, di un accompagnatore **per un periodo non superiore ai 30 giorni per ciascun ricovero e per un importo massimo giornaliero di 60 euro;**
- e) trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
- f) nel caso di trapianto di organi o di parti di essi, quelle sostenute per il prelievo sul donatore, compreso il trasporto, nonché, in caso di donazione da vivente, le spese sostenute per prestazioni effettuate in favore del donatore durante il ricovero per le spese di cui alle lettere a), b), c).

Quanto previsto dai successivi Articoli da B.2 a B.8 non potrà comunque intendersi come limiti di indennizzo in aggiunta alla somma assicurata indicata in polizza per la garanzia "Cure Mediche", salvo il caso in cui sia esplicitamente indicato che il limite di indennizzo si aggiunge a tale somma assicurata.

Art. B.2
Prima e dopo il ricovero o intervento chirurgico

Ferma restando la somma assicurata indicata in polizza, in caso di sinistro indennizzabile a termini dell'articolo che precede, è previsto altresì che TUA tenga indenne l'assicurato per le seguenti spese:

- g) per esami di laboratorio e analisi, accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, erogati nei 120 giorni precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico;
- h) per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**), effettuati nei 120 giorni successivi il ricovero o l'intervento chirurgico;
- i) sostenute nei 120 giorni successivi il ricovero o l'intervento chirurgico, **con il limite di indennizzo indicato all'Art. B.31 per:** l'acquisto di apparecchi protesici ed ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, nonché il noleggio o l'acquisto di carrozzelle ortopediche, purché prescritti da medico specialista; protesi dentarie a seguito di infortunio (solo per la prima protesi);
- j) per il trasporto dell'assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, **con il limite di indennizzo indicato all'Art. B.31:**
 - per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura;
 - per il rientro al domicilio al momento della dimissione.

Tali spese saranno pagate purché direttamente connesse con la malattia o infortunio che ha determinato il ricovero o l'intervento chirurgico indennizzabile, sino alla concorrenza del limite di indennizzo e con lo scoperto indicati all'Art. B.31.

Per i ticket a carico dell'assicurato, qualora le prestazioni siano erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, non sarà applicato alcuno scoperto.

Art. B.3
Prestazioni in day hospital

L'assicurazione vale anche per le spese di cui alla lettera c) dell'Art. B.1 per trattamenti resi necessari da malattia o infortunio, erogati in regime di day hospital, **fino alla concorrenza del limite di indennizzo indicato all'Art. B.31.**

Art. B.4
Prestazioni gratuite per il feto e per il neonato

Ferma restando la somma assicurata indicata in polizza, a partire dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, si intendono compresi in garanzia anche gli interventi finalizzati alla correzione di difetti fisici o malformazioni del feto, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto della polizza che assicura la madre.

Si intendono compresi in garanzia anche gli interventi sul neonato finalizzati alla correzione di difetti fisici o malformazioni congenite.

I neonati, la cui madre sia assicurata con la partita di polizza "Cure mediche", sono gratuitamente assicurati con tale partita per i primi 180 giorni di vita, o fino alla scadenza annuale di polizza qualora precedente, entro il limite di indennizzo indicato all'Art. B.31.



Art. B.5 Sottolimiti di garanzia	<p>Per l'insieme delle prestazioni previste dalla partita "Cure mediche", per anno assicurativo sono operanti i sottolimiti di indennizzo indicati all'Art. B.31 per:</p> <ul style="list-style-type: none">- parto non cesareo (compreso quello fisiologico avvenuto a domicilio) e parto cesareo successivo al primo (anche se quest'ultimo è avvenuto prima dell'effetto di polizza);- primo parto cesareo;- tonsilliti, interventi su vegetazioni adenoidi, emorroidi e/o ragadi, varici, cataratta, interventi per alluce valgo, interventi per sindromi del tunnel carpale;- calcoli uretrali, appendiciti, meniscectomia;- ernie (non discali);- colecistectomia laparoscopica;- ernie discali.
Art. B.6 Indennità sostitutiva	<p>Qualora l'assicurato non sostenga alcuna delle spese di cui all'Art. B.1 (e TUA non ne sostenga direttamente nell'ambito della forma di Pagamento Diretto), TUA corrisponderà l'indennità pari all'importo indicato all'Art. B.31. Tale indennità verrà corrisposta per un periodo non superiore a 50 giorni per ciascun ricovero ed a 100 giorni per anno assicurativo. Tale indennità sarà liquidata con le modalità previste per la garanzia "Indennità per ricovero" di cui all'Art. B.14.</p> <p>La presente garanzia non potrà cumularsi con quanto previsto dalla garanzia "Indennità per ricovero" di cui agli Artt. B.14, B.15 e B.16, né con la garanzia "Indennità per ricovero" della sezione "Tutela in caso di Infortuni" di cui agli Artt. A.17 e A.18, qualora siano operanti anche queste garanzie. In caso di operatività sia della presente garanzia, sia delle suddette "Indennità per ricovero", all'assicurato verrà riconosciuta la somma prevista dalla garanzia con il più alto indennizzo.</p>
Art. B.7 Assistenza in caso di A.I.D.S., Alzheimer, Parkinson	<p>Fermo quanto previsto dall'Art. 13, in caso di malattia o infortunio che comporti l'insorgenza delle seguenti patologie - sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), Alzheimer o Parkinson -, TUA indennizza fino alla concorrenza del limite di indennizzo indicato all'Art. B.31 le spese per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche per 120 giorni dalla manifestazione della malattia. Trascorso tale periodo troverà applicazione il disposto dell' Art. 13.</p>
Art. B.8 – Sostegno alle vittime di violenze fisiche	<p>A parziale deroga dell'Art. B.23 punto 2), se a seguito di violenza fisica perpetrata da parte di terzi sull'assicurata/o, quest'ultima/o dovesse subire un infortunio indennizzabile a termini di polizza, con conseguente ricorso a cure psicoterapiche, TUA assicura il rimborso di tali spese effettivamente sostenute, nei 200 giorni successivi all'infortunio e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale, fino al limite di indennizzo indicato all'Art. B.31 in aggiunta alla somma assicurata indicata in polizza per la garanzia "Cure mediche", senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto, purchè:</p> <ul style="list-style-type: none">- la violenza abbia comportato un ricovero con o senza intervento chirurgico, anche ambulatoriale. In caso di violenza sessuale è sufficiente il day hospital o il referto medico del pronto soccorso;- sia stata fatta la denuncia alle autorità competenti.

Grandi cure

Art. B.9 Oggetto della garanzia	<p>Sono resi operanti gli articoli della partita "Cure mediche" esclusivamente per gli interventi chirurgici, compresi nell'elenco della tabella 3 - "Grandi cure", resi necessari da malattia o infortunio. La garanzia è prestata fino alla concorrenza della somma assicurata indicata in polizza per anno assicurativo e fermi i sottolimiti di garanzia e gli scoperti previsti dalla partita "Cure mediche".</p>
------------------------------------	--

Cure mediche pre e post ricovero

Art. B.10 Oggetto della garanzia	<p>TUA si impegna a tenere indenne l'assicurato per le spese sanitarie (esclusivamente quelle previste dall'Art. B.2) che debba sostenere a seguito di:</p> <ul style="list-style-type: none">- ricovero, con o senza intervento chirurgico;- intervento chirurgico in day hospital, ambulatoriale o presso un Pronto Soccorso; <p>per trattamenti resi necessari da malattia, infortunio o parto fino alla concorrenza della somma assicurata indicata in polizza per anno assicurativo e con lo scoperto indicato in polizza.</p> <p>Per i ticket a carico dell'assicurato, qualora le prestazioni siano erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, non sarà applicato alcuno scoperto.</p>
-------------------------------------	---

Integrazione Servizio Sanitario Nazionale

Art. B.11

Oggetto della garanzia

L'assicurazione opera per le garanzie previste dagli Artt. B.1, B.2, B.3, B.4 della partita "Cure mediche", fino alla concorrenza della somma assicurata per ogni DRG (Diagnostic Related Group), medico o chirurgico, compreso nella tabella 5 - "Integrazione SSN", senza sottolimiti e senza applicazione di alcuno scoperto. Tale somma assicurata costituisce il massimo esborso per TUA per tutte le spese delle quali si chiede il rimborso o il pagamento diretto, per ogni:

- ricovero, con o senza intervento chirurgico;
- intervento chirurgico in day hospital, ambulatoriale o presso un Pronto Soccorso;
- insieme di prestazioni erogate in regime di day hospital, riferite ad uno stesso ciclo di cura e determinate dalla medesima causa.

Qualora in un unico sinistro siano interessati più DRG le indennità previste dalla tabella 5 non si cumulano, ma l'indennizzo sarà effettuato sulla base del DRG che prevede la somma assicurata più elevata.

Per singolo assicurato non sono indennizzabili più di tre sinistri per anno assicurativo.

Visite mediche

Art. B.12

Oggetto della garanzia

TUA indennizza l'assicurato, **fino alla concorrenza della somma assicurata indicata in polizza per anno assicurativo**, per le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie ambulatoriali, rese necessarie da malattia o infortunio, indipendentemente da ricoveri ospedalieri o interventi chirurgici:

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

L'indennizzo sarà liquidato con lo scoperto indicato in polizza e con un minimo comunque non indennizzabile indicato all'Art. B.31, intendendo per tale anche il cumulo delle prestazioni per il quale si chiede il rimborso o il pagamento diretto, purché riferite ad uno stesso ciclo di cura e determinate dalla medesima causa. Per i ticket a carico dell'assicurato, qualora le prestazioni siano erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, non sarà applicato alcuno scoperto né minimo.

Alta diagnosi

Art. B.13

Oggetto della garanzia

TUA indennizza l'assicurato, **fino alla concorrenza della somma assicurata indicata in polizza per anno assicurativo**, per le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie ambulatoriali, rese necessarie da malattia o infortunio, indipendentemente dal ricovero ospedaliero:

- | | |
|---|--|
| - analisi spettrale; | - elettrocardiografia Holter; |
| - angiografia; | - endoscopie dell'apparato digerente ed urologico; |
| - artrografia ed artroscopia diagnostiche; | - esami istopatologici; |
| - broncoscopia e broncografia; | - flebografia; |
| - coronarografia; | - fluorangiografia oculare; |
| - densitometria ossea (MOC); | - laparoscopia diagnostica; |
| - ecocardiografia; | - mielografia; |
| - ecocontrastografia; | - PET e SPET; |
| - eco-doppler ed eco-color-doppler; | - polichemioterapia antitumorale; |
| - ecografia endo-cavitaria; | - RMN (risonanza magnetica nucleare); |
| - ecografia intravascolare; | - scintigrafia; |
| - ecografia trans-esofagea; | - TAC (tomografia assiale computerizzata); |
| - elettrocardiografia da sforzo con o senza test ergometrico; | - terapie radianti a scopo antitumorale. |

L'indennizzo sarà liquidato con lo scoperto indicato in polizza e con un minimo comunque non indennizzabile indicato all'Art. B.31, intendendo per tale anche il cumulo delle prestazioni per il quale si chiede il rimborso o il pagamento diretto, purché riferite ad uno stesso ciclo di cura e determinate dalla medesima causa. Per i ticket a carico dell'assicurato, qualora le prestazioni siano erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, non sarà applicato alcuno scoperto né minimo. Il minimo non sarà applicato anche in caso di cumulo con la garanzia di cui all'articolo che precede.

Indennità per ricovero

Art. B.14

Oggetto della garanzia

TUA, in caso di ricovero in istituto di cura dell'assicurato per infortunio, malattia o parto, corrisponde allo stesso **l'indennità giornaliera prevista in polizza** per ciascun giorno di degenza, **per un massimo dei giorni indicati in polizza, per anno assicurativo**. Il giorno di dimissione dall'istituto di cura non viene considerato nel conteggio dei giorni.

In caso di ricovero originato da eventi compresi nella tabella 4 - "Malattie gravi", ovvero all'estero, l'importo dell'indennità giornaliera viene raddoppiato.

Per interventi su tonsille, vegetazioni adenoidi, nonché per appendiciti, emorroidi e/o ragadi, varici, cataratta, ernie, parto o aborto post-traumatico, la diaria viene corrisposta per una durata massima di 5 giorni.

Tali indennità, **nel caso in cui in polizza sia indicata una franchigia in giorni**, vengono corrisposte dal giorno successivo a quello della franchigia stessa.

In caso di day hospital, purché per un ciclo di cura continuativo, non inferiore a 3 giorni, salvo giorni festivi, la garanzia è operante per una indennità **pari all'importo indicato all'Art. B.31**.

Art. B.15

Limitazione a malattia o parto

Qualora indicato SI nella casella "solo malattia" la garanzia di cui all'articolo che precede non opera in caso di infortunio, fermo quant'altro in esso disciplinato.

Art. B.16

Indennità per convalescenza post-ricovero

Qualora indicato SI nella casella "convalescenza" in caso di convalescenza domiciliare, successiva ad un ricovero indennizzabile a termini dell'Art. B.14, prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'assicurato e corredata da certificato medico, **TUA corrisponde un'indennità supplementare pari all'importo indicato all'Art. B.31. La garanzia non opera per ricoveri che abbiano previsto solo un pernottamento e per il caso di day hospital.**

Invalità permanente da malattia

Art. B.17

Oggetto della garanzia

TUA corrisponde un indennizzo, **nei limiti della somma assicurata indicata in polizza**, in caso di malattia dell'assicurato che abbia per conseguenza una invalidità permanente, **purché la malattia sia insorta nel corso del contratto e si sia manifestata entro un anno dalla cessazione dell'assicurazione**.

Art. B.18

Limitazione a malattie gravi

Qualora indicato SI nella casella "solo malattie gravi" la garanzia opera, per il singolo assicurato, esclusivamente per le invalidità permanenti derivanti da uno dei seguenti casi:

- derivanti da malattie comprese nella tabella 4 - "Malattie gravi"
- di grado pari o superiore al 66%.

Art. B.19

Criteri di indennizzabilità

TUA corrisponde l'indennizzo a guarigione clinica avvenuta per le sole conseguenze dirette causate dalla sola malattia denunciata.

Se la malattia colpisce l'assicurato non fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora la malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. Pertanto, le invalidità permanenti già accertate durante la vigenza di questo contratto non saranno ulteriormente valutate sia in caso di aggravamento, sia in caso di concorrenza con la malattia manifestatasi e denunciata, mentre l'invalidità per malattia insorta successivamente verrà valutata in modo autonomo.

La percentuale di invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso fra 6 e 12 mesi dalla data in cui viene certificata l'avvenuta guarigione clinica.

Qualora, invece, siano trascorsi 12 mesi dalla denuncia della malattia senza che sia stato possibile, a giudizio del medico curante, attestare la stabilizzazione degli esiti della malattia (e senza poter certificare l'avvenuta guarigione), potrà essere valutato il grado di invalidità permanente residuo sempre che l'assicurato ne faccia esplicita richiesta corredata da specifica documentazione medica attestante tale grado di invalidità residuo al momento della richiesta.

In ogni caso la valutazione del grado di invalidità permanente dovrà essere fatta entro 24 mesi dalla data della denuncia della malattia.

In caso di malattia neoplastica la valutazione dei postumi viene effettuata trascorsi almeno 18 mesi dalla denuncia, e comunque trascorso almeno 1 anno dalla prima diagnosi, indipendentemente dalla guarigione clinica.

Se a giudizio medico un adeguato trattamento terapeutico può modificare positivamente la prognosi della malattia e l'assicurato non vuole sottoporvisi, la valutazione dell'invalidità permanente viene calcolata come se l'assicurato si fosse sottoposto al trattamento.

Art. B.20

Modalità di accertamento dell'invalidità permanente da malattia e calcolo dell'indennizzo

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata secondo la tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dall'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124, con esclusione delle modifiche intervenute successivamente all'approvazione della tabella stessa (ed in particolare delle tabelle di cui al D.P.R. 23 febbraio 2000 n. 38).

Nei casi di invalidità permanente non previsti da detta tabella, la valutazione verrà effettuata tenendo conto, con riguardo ai criteri in essa previsti, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica

dell'assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

L'indennizzo viene calcolato in base ad una percentuale della somma assicurata ottenuta applicando all'invalidità permanente accertata le corrispondenti percentuali riportate nell'allegata tabella G – "Invalidità permanente da malattia".

Art. B.21

Decesso anteriore all'indennizzo

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, **fermo quanto previsto all'Art. B.19**, se l'assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato o determinabile sulla base delle risultanze mediche, sia stato pagato, TUA corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'assicurato.

Norme comuni alla sezione

Art. B.22

Periodo di attesa

Fermo quanto previsto dall'Art. 7, disciplinante il giorno di effetto dell'assicurazione, le garanzie decorrono:

- a) **per gli infortuni e per l'aborto post-traumatico, dalle ore 24 del giorno di effetto dell'assicurazione;**
- b) **per le malattie insorte dopo la sottoscrizione del contratto, dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, elevato a 60 per il caso di invalidità permanente;**
- c) **per le malattie manifestatesi, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarate dall'assicurato e non espressamente escluse da TUA, dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;**
- d) **per le malattie insorte, secondo giudizio medico, prima della sottoscrizione del contratto, dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;**
- e) **per il parto dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione. Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, tale termine è ridotto al 120° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.**

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con TUA, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati per data di effetto si intende:

- il giorno di effetto della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le somme e le prestazioni risultanti sia nella polizza sostituita che nella presente;
- il giorno di effetto della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle diverse somme o diverse prestazioni da questa previste.

Quanto valido per il caso di emissione in sostituzione, analogamente vale per le variazioni e/o sostituzioni che dovessero intervenire nel corso di validità della presente polizza.

In caso di mancato pagamento delle rate di premio successive alla prima entro 90 giorni dalle loro rispettive scadenze, fermo quanto previsto dall'Art. 7, i termini di aspettativa sopra previsti decorrono nuovamente dal giorno di effettivo pagamento.

Art. B.23

Le esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1) **le conseguenze e/o recidive, di: infortuni, malattie, stati patologici, difetti fisici o malformazioni, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti, curati o comunque noti all'assicurato prima della stipula del contratto, sottaciuti con dolo o colpa grave, all'atto della stipula del contratto. Tuttavia se tali circostanze sono state dichiarate nel questionario sanitario, l'assicurazione non sarà operante solo per le patologie per le quali TUA dichiara espressamente di escluderle (con apposita indicazione in polizza, salvo che non sia già espressamente esclusa nel presente Fascicolo Informativo).**
Con riferimento alla garanzia invalidità permanente sono comunque escluse le conseguenze relative a malattie, difetti fisici o malformazioni, stati patologici insorti prima della sottoscrizione della polizza. Tuttavia, qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con TUA, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati, la garanzia è estesa alla invalidità derivante da malattia insorta nel corso di validità della polizza sostituita e manifestatasi nel corso della presente polizza. In tal caso, l'indennità sarà valutata, sulla base delle disposizioni contenute nella presente polizza e sul minore dei capitali assicurati con le due polizze;
- 2) **le malattie mentali e i disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), ivi compresi i comportamenti nevrotici, nonché la psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o paranoidi, anoressia, bulimia, e simili;**
- 3) **gli infortuni conseguenti a malattie mentali o a disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), o a comportamenti nevrotici;**
- 4) **acquisto, applicazione, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, nonché di mezzi ausiliari a sostegno di handicap, salvo il caso degli apparecchi previsti dall'Art. B.1 lettera a) e dall'Art. B.2 lettera i);**

- 5) le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio indennizzabile, purché effettuate nei 360 giorni successivi all'intervento e comunque durante la validità del contratto;
- 6) le prestazioni e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali quelle omeopatiche, fitoterapiche, agopuntura, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- 7) le prestazioni sanitarie e le cure dietetiche e, salvo quanto previsto dall'Art. B.2 lettera h), termali;
- 8) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità, fecondazione assistita e simili, impotenza;
- 9) l'aborto volontario non terapeutico;
- 10) day hospital e ricoveri con finalità diagnostica;
- 11) la correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- 12) le prestazioni sanitarie e le cure odontoiatriche ed ortodontiche, qualora non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- 13) gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'assicurato. Sono compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'assicurato stesso;
- 14) gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;
- 15) le malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;
- 16) gli infortuni derivanti dalla pratica di:
 - sport a livello professionale (gare, prove e allenamenti) o comunque remunerato in modo diretto o indiretto;
 - sport aerei in genere (compreso il volo da diporto o sportivo – deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio);
 - sport che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura;
 - alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco o effettuato in solitaria, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, bungee jumping, slittino, bob, skeleton, discesa nei tratti montani di fiumi e torrenti (torrentismo, hydrospeed, rafting, canyoning), motonautica, navigazione in mare in solitaria, kite-surfing, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista.
- 17) gli infortuni subiti in volo su mezzi di locomozione aerei, salvo quelli subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei su regolari voli di linea;
- 18) gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'assicurato;
- 19) gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio:
 - occorso all'estero in assenza di abilitazione locale alla guida, purché l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore in Italia;
 - subito dall'assicurato che guidi con patente scaduta e non ancora rinnovata, purché in possesso, al momento del sinistro, dei requisiti per il rinnovo;
- 20) gli infortuni accaduti durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari, salvo che per coloro che svolgono esclusivamente compiti amministrativi e d'ufficio in Italia;
- 21) gli infortuni subiti sul lavoro: in cave (anche a cielo aperto), in miniera o in lavori subacquei o in mare aperto;
- 22) gli infortuni durante la guida o l'uso (salvo che in qualità di passeggero) di aerei e di mezzi subacquei;
- 23) gli infortuni subiti per le professioni circensi, acrobata, stunt-man, astronauta o che prevedano l'uso di materiali pirici, pirotecnici o esplosivi;
- 24) le conseguenze dirette od indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- 25) le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni, occupazione militare, invasione.
La garanzia vale invece per gli infortuni e malattie derivanti da stato di guerra, dichiarata e non, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in uno Stato sino ad allora in pace;
- 26) inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, salvo che l'assicurato sia rimasto vittima di tali eventi all'estero;
- 27) le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche e/o chimiche a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere. Per atti di terrorismo si intende l'uso di violenza minacciata o applicata per scopi o motivi politici, religiosi, ideologici o etnici da una persona o un gruppo di persone che agisce per conto proprio, su incarico o d'intesa con un'organizzazione/i, un governo/i con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o intimorire l'opinione pubblica o parte di essa. Per contaminazione si intende l'inquinamento, avvelenamento o l'uso mancato o limitato di beni a causa dell'impiego di sostanze



nucleari, chimiche e/o biologiche;

- 28) *sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla, salvo quanto previsto dall'Art. B.7;*
- 29) *gli infortuni conseguenti a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla, salvo quanto previsto dall'Art. B.7.*

Art. B.24

Estensione
territoriale ed
operatività
all'estero

L'assicurazione opera per il mondo intero ed **esclusivamente per assicurati che abbiano il proprio domicilio o la propria residenza in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.**

L'operatività dell'assicurazione all'estero avviene con le seguenti modalità:

A. In caso di presenza all'estero dell'assicurato

Qualora l'assicurato si trovi già in uno Stato diverso da quello ove ha il proprio domicilio o la propria residenza (in entrambi i casi da intendersi esclusivamente: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano) ed abbia bisogno, per motivi non programmati, di una delle prestazioni di polizza, le garanzie assicurate sono prestate purché:

- a) *sia preventivamente attivata la Struttura Organizzativa, che dovrà dare il proprio assenso;*
- b) *sia utilizzata una clinica convenzionata con TUA.*
- c) *il sinistro si verifichi entro i primi 180 giorni di permanenza continuativa all'estero;*

Se non sono rispettate le condizioni di cui alle precedenti lettere a) o b), le garanzie operano con uno scoperto del 25% (salvo maggior scoperto o franchigia indicata alla singola garanzia). Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, verrà applicato tale scoperto sul solo costo dell'equipe.

Tuttavia, qualora non sia possibile rispettare le condizioni di cui alle precedenti lettere a) e b) (contemporaneamente), in quanto il contatto con la Struttura Organizzativa per ricorrere alla clinica convenzionata non sia stato possibile per motivi di emergenza sanitaria, non verrà applicato tale scoperto. Per "emergenza sanitaria" deve intendersi la situazione improvvisa conseguente ad infortunio o malattia (escluso il parto), non prevedibile prima del viaggio all'estero, che richieda nella località straniera dove si manifesta, un intervento di Pronto Soccorso ospedaliero urgente e non differibile.

B. In caso di non presenza all'estero dell'assicurato

Qualora l'assicurato si trovi nello Stato ove ha il proprio domicilio o la propria residenza (in entrambi i casi da intendersi esclusivamente: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano) ed abbia necessità di effettuare un viaggio in uno Stato estero allo scopo di effettuare delle cure presso le strutture estere, le prestazioni di polizza opereranno purché:

- a) *sia preventivamente attivata la Struttura Organizzativa, che dovrà dare il proprio assenso;*
- b) *sia utilizzata una clinica convenzionata con TUA.*

Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, i costi relativi all'equipe medica non verranno rimborsati.

Se non sono rispettate le condizioni di cui alle precedenti lettere a) o b), le garanzie non saranno rese operative.

Tuttavia, qualora l'assicurato abbia richiesto l'autorizzazione ad essere ricoverato all'estero all'ASL di appartenenza, ottenendo il parere positivo e la partecipazione al costo da parte del Servizio Sanitario Nazionale, TUA provvederà a rimborsare le spese rimaste a carico dell'assicurato anche se la clinica non dovesse essere convenzionata con TUA.

Le garanzie "Indennità sostitutiva" (di cui all'Art. B.6), "Indennità per ricovero" (di cui agli Artt. B.14, B.15 e B.16) ed "Invalidità permanente da malattia" (di cui agli Artt. da B.17 a B.21) operano senza le modalità di cui ai punti A. e B. sopra, e pertanto sono indipendenti dalla presenza o meno all'estero dell'assicurato, fermo quanto indicato al comma 1.

Art. B.25

Rinuncia all'azione
di surroga

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio, si conviene che, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, TUA rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 cod. civ.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Denuncia e gestione del sinistro

Art. B.26

Cosa fare in caso di sinistro – Garanzie:

"Cure Mediche"

"Grandi Cure"

"Cure mediche pre e post ricovero"

"Integrazione Servizio Sanitario Nazionale"

"Visite Mediche"

"Alta Diagnosi"

"Indennità per ricovero"

Per le garanzie "Cure Mediche", "Grandi Cure", "Cure mediche pre e post ricovero", "Integrazione Servizio Sanitario Nazionale", "Visite Mediche", "Alta Diagnosi", "Indennità per ricovero", l'assicurato può scegliere se ricorrere:

- agli **ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI**: in questo caso TUA paga le spese sostenute direttamente all'istituto convenzionato al netto delle eventuali franchigie/scoperti e/o limitazioni contrattuali;
- agli **ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI**: in questo caso TUA rimborsa le spese sostenute all'assicurato al netto delle eventuali franchigie/scoperti e/o limitazioni contrattuali.

1 – RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI – PAGAMENTO DIRETTO

In questo caso *l'assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, deve preventivamente contattare telefonicamente la:*

Struttura Organizzativa

in funzione dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì

e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato

dall'Italia al numero verde: 800.280.280

dall'estero al numero: +39.015.255.95.37

indicando la prestazione di cui intende usufruire.

Qualora sia necessario l'invio di documentazione a supporto della richiesta, l'assicurato può inviarli:

- *in formato elettronico all'indirizzo di posta elettronica: gsm.TUA@mapfre.com*
- *in formato cartaceo al seguente indirizzo:*

Mapfre Warranty S.p.A.

Strada Trossi, 66

13871 VERRONE (BI)

Ufficio Liquidazione Sinistri Malattia TUA Assicurazioni.

La Struttura Organizzativa invia all'assicurato tramite fax o e-mail, a seguito del contatto telefonico, il modulo per la richiesta del pagamento diretto.

L'assicurato deve restituirlo alla Struttura Organizzativa sempre tramite fax (al numero che gli verrà comunicato dalla stessa) o e-mail (alla casella gsm.TUA@mapfre.com) debitamente compilato **con allegata la copia della prescrizione medica della richiesta di ricovero.**

La Struttura Organizzativa, entro 2 giorni lavorativi successivi alla ricezione del modulo per la richiesta di pagamento diretto, verifica la regolarità amministrativa, la validità della garanzia e la certificazione medica allegata.

Se le verifiche danno esito positivo, la Struttura Organizzativa autorizza telefonicamente l'assicurato per la gestione del sinistro in convenzione e rimborsa le spese direttamente all'istituto di cura convenzionato, **al netto delle eventuali franchigie, scoperti o limitazioni contrattuali che restano sempre a carico dell'assicurato.**

Restano a carico dell'assicurato anche le spese:

- **per prestazioni non garantite dal contratto;**
- **eccedenti il massimale assicurato/somma assicurata;**
- **non autorizzate dalla Struttura Organizzativa.**

Tali spese devono essere rimborsate dall'assicurato direttamente all'istituto di cura convenzionato.

Se le verifiche danno esito negativo, la Struttura Organizzativa ne anticipa telefonicamente all'assicurato le motivazioni e farà seguito con l'invio della comunicazione di negazione alla gestione del sinistro in convenzione.

Qualora il ricovero, l'intervento chirurgico o le altre prestazioni previste dalle garanzie di cui al comma 1 del presente articolo vengano effettuate in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'assicurato deve sostenere direttamente le spese relative alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità di cui al successivo punto 2 – RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI. **Per le spese sostenute all'estero per l'equipe medica non convenzionata restano intesi i limiti di copertura di cui all'Art. B.24.**

Qualora in caso di emergenza medica il ricovero, l'intervento chirurgico ambulatoriale o le altre prestazioni previste dalle garanzie di cui al comma 1 del presente articolo, avvengano negli orari o nei giorni nei quali la Struttura Organizzativa non è in funzione, la denuncia del sinistro e la relativa gestione deve avvenire secondo le modalità indicate al successivo punto 2 – RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI. **Per "emergenza medica" deve intendersi la situazione improvvisa conseguente ad infortunio, malattia o parto, non prevedibile, che richieda nella località dove si manifesta, un intervento ospedaliero urgente e non differibile.**

Tuttavia se l'assicurato in caso di emergenza medica fa ricorso ad un istituto di cura convenzionato e intende



usufruire del pagamento diretto della prestazione, **deve personalmente, o tramite i suoi familiari, telefonare alla Struttura Organizzativa entro il primo giorno lavorativo della Struttura Organizzativa successivo al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale e le altre prestazioni previste dalle garanzie di cui al comma 1 del presente articolo, impegnandosi ad inviare la documentazione richiesta atta ad attivare il pagamento diretto, entro 3 giorni dal ricovero e comunque prima della dimissione.**

Resta comunque inteso che il ricorso agli istituti di cura convenzionati in caso di emergenza medica non è da intendersi come automatica presa in carico del sinistro, dovendosi subordinare l'autorizzazione al ricovero, ed alle altre prestazioni previste, all'esame della documentazione medica che l'assicurato si impegna a fornire.

2 – RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI – RIMBORSO SPESE, DIARIA DA RICOVERO E SOSTITUTIVA

Se l'assicurato non fa ricorso agli istituti di cura convenzionati con TUA, **deve personalmente, o se impossibilitato tramite un suo familiare, denunciare il sinistro telefonando alla:**

**Struttura Organizzativa
in funzione dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì
e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato
dall'Italia al numero verde: 800.280.280
dall'estero al numero: +39.015.255.95.37**

entro 3 giorni dal ricovero o dall'intervento chirurgico o dalle altre prestazioni previste dalle garanzie di cui al comma 1 del presente articolo.

Tale obbligo di denuncia telefonica entro 3 giorni non sussiste nel caso di richiesta di rimborso relativo alle garanzie "Visite Mediche" di cui all'Art. B.12 ed "Alta Diagnosi" di cui all'Art. B.13.

Successivamente (e comunque anche per la richiesta relativa al rimborso relativo alle garanzie "Visite Mediche" ed "Alta Diagnosi") deve compilare il modulo di richiesta di rimborso delle spese mediche, allegando tutta la documentazione medica.

Il modulo di richiesta di rimborso e la documentazione deve essere consegnato all'agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 60 giorni dalla data di dimissioni dall'istituto di cura o dalla data dell'intervento chirurgico o dalla data della prestazione prevista dalle garanzie di cui al comma 1 del presente articolo.

La richiesta di rimborso deve essere fatta a cure ultimate e corredata dai seguenti documenti giustificativi:

- fatture, ricevute fiscali, notule di spesa o ricevute quietanzate in originale;
- prescrizione medica in originale;
- cartella clinica in copia;
- esami medici eventualmente eseguiti o altra documentazione sanitaria in copia, tranne per quegli esami che per natura possono essere trasmessi solo in originale (come quelli radiologici);
- i documenti che comprovino il periodo di permanenza all'estero in copia.

Ai fini della definizione del sinistro, l'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta della Struttura Organizzativa, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D.Lgs. 196/03.

Qualora il debito per spese mediche dell'assicurato venga sostenuto in parte da terzi, a titolo definitivo, TUA pagherà la parte del debito che resti effettivamente a carico dell'assicurato, dedotte le franchigie/scoperti pattuiti. TUA effettuerà il pagamento di quanto dovuto ai termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, e si impegna a restituire gli originali delle fatture, ricevute fiscali, notule di spesa, ricevute quietanzate, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora previe le opportune verifiche, la Struttura Organizzativa non ritenga di dover procedere al rimborso delle spese mediche, ne dà comunicazione scritta all'assicurato per raccomandata con ricevuta di ritorno.

AVVERTENZA: si ricorda che qualora l'assicurato debba inviare, per la richiesta di rimborso, fatture (o altri documenti comprovanti le spese sostenute) che prevedano secondo le norme fiscali vigenti l'apposizione di apposita marca da bollo, non sarà possibile evadere la richiesta di rimborso fintanto che non venga apposta tale marca da bollo ad opera dell'assicurato o di chi ha sostenuto la relativa spesa di cui si richiede il rimborso.

Art. B.27

Cosa fare in caso di sinistro – Garanzia

"Invalidità Permanente da Malattia"

Per la garanzia "Invalidità Permanente da Malattia" il contraente o l'assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, **deve dare avviso scritto del sinistro all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui ne abbia avuto conoscenza e possibilità.**

La denuncia della malattia deve avvenire entro 7 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata e comunque entro un anno dalla scadenza del contratto, sempre che la malattia sia insorta durante la validità della garanzia.

Con la denuncia del sinistro, è richiesta l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora e delle cause del sinistro, nonché l'invio del certificato medico. Ai fini della definizione del sinistro, l'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta di TUA, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D.Lgs. 196/03.

Alla denuncia deve far seguito la seguente documentazione:

- certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica della malattia (escluse le malattie neoplastiche);
- copia della cartella clinica e ogni altro documento utile per la valutazione dei postumi invalidanti.

Fermo quanto indicato all'Art. B.19, nel caso:

- di guarigione clinica l'assicurato dovrà conseguentemente presentare un ulteriore certificato medico attestante tale guarigione (sempre che non l'abbia già allegato alla denuncia);
- non sia stato possibile, trascorsi 12 mesi dalla denuncia della malattia (o 18 mesi in caso di malattia neoplastica), attestare la stabilizzazione degli esiti della malattia, l'assicurato potrà presentare apposita richiesta di riconoscimento del grado di invalidità residuo allegando apposita documentazione medica.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'assicurato.

Art. B.28

Obbligo di restituzione delle spese sanitarie o indennizzi liquidati da TUA e non dovuti

Qualora si dovesse accertare, relativamente all'evento per il quale l'assicurato ha usufruito del servizio, la non validità della polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, TUA (anche per il tramite della Struttura Organizzativa) invierà all'assicurato, mediante raccomandata con ricevuta di ritorno, la richiesta del recupero delle somme erogate (con le relative modalità per la restituzione).

L'assicurato, o in caso di minori i genitori o gli affidatari, dovranno restituire a TUA, secondo le modalità comunicate, le somme indebitamente liquidate da TUA, entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui al 1° comma.

Qualora l'assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, TUA si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti addebitandogli i relativi costi.

Art. B.29

Valutazione del danno ed operazioni peritali

Premesso che TUA si riserva di determinare l'efficacia della polizza e l'operatività delle garanzie interessate dal sinistro, si conviene che l'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le Parti.

Tuttavia, ciascuna di loro ha la facoltà di richiedere che la determinazione del danno venga demandata ad un collegio di due periti medici, nominati uno per parte con apposito atto unico. I due periti possono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei periti medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa il proprio consulente mentre l'eventuale terzo viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo perito medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo della invalidità permanente a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

Art. B.30

Modalità di pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia e la titolarità dell'interesse assicurato, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, TUA provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dello stesso.

Il pagamento da parte di TUA all'assicurato, o ai suoi eredi in caso di decesso, viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

Quanto al precedente comma non è previsto nel caso in cui operi l'Art. B.26 punto 1 – RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI – PAGAMENTO DIRETTO

Limiti di indennizzo, franchigie e scoperti

Art. B.31

Limiti di indennizzo,
franchigie e
scoperti

Di seguito vengono riportati i limiti di indennizzo, scoperti e franchigie per le garanzie sopra descritte, qualora non direttamente riportate sul simplo di polizza o nelle condizioni sopra descritte.

Riferimento Articolo	Garanzia	Limite, Franchigia, Scoperto
B.2 – lettera i	Spese apparecchi protesici ed ortopedici	Limite di indennizzo: 1.000 euro
B.2 – lettera j	Spese per il trasporto	Limite di indennizzo: 1.000 euro
B.2	Spese prima e dopo il ricovero o intervento chirurgico	Limite di indennizzo: 6.000 euro per anno assicurativo Scoperto: 20% se forma a Rimborso, 0% se forma con Pagamento Diretto
B.3	Prestazioni in day hospital	Limiti di indennizzo: 10.000 euro per anno assicurativo
B.4	Prestazioni gratuite per il neonato	Limiti di indennizzo: 25.000 euro (per il periodo di 180 giorni indicato)
B.5	Sottolimiti di garanzia	Limiti di indennizzo: - parto non cesareo e parto cesareo successivo al primo: 3.000 euro - primo parto cesareo: 6.000 euro - tonsilliti, interventi su vegetazioni adenoidi, emorroidi e/o ragadi, varici, cataratta, interventi per alluce valgo, interventi per sindromi del tunnel carpale: 3.000 euro - calcoli uretrali, appendiciti, meniscectomia: 4.000 euro - ernie (non discali): 5.000 euro - colecistectomia laparoscopica: 6.000 euro - ernie discali: 8.000 euro
B.6	Indennità sostitutiva	Limite di indennizzo: indennità di 100 euro per ogni giorno di ricovero
B.7	Assistenza in caso di AIDS, Alzheimer, Parkinson	Limiti di indennizzo: 5.000 euro
B.8	Sostegno alle vittime di violenze fisiche	Limite di indennizzo: 3.000 euro (per anno assicurativo) in aggiunta al limite di indennizzo della garanzia "Cure mediche"
B.12	Visite mediche	Scoperto: come riportato in polizza, con il minimo non indennizzabile di 75 euro (se scoperto pari a 0%, non sarà applicato il minimo)
B.13	Alta diagnosi	Scoperto: come riportato in polizza, con il minimo non indennizzabile di 75 euro (se scoperto pari a 0%, non sarà applicato il minimo)
B.14	Indennità per ricovero – in caso di day hospital (non inferiore a 3 giorni)	Limiti di indennizzo: indennità pari al 50% dell'indennità giornaliera prevista in polizza per il caso di ricovero
B.16	Indennità per convalescenza post-ricovero	Limiti di indennizzo: indennità pari al 50% dell'indennità complessivamente dovuta per il caso di ricovero, con il massimo di 2.500 euro

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Assistenza alla persona - Infortuni

Norme comuni alle prestazioni di assistenza

Art. C.1

Istruzioni per la richiesta di assistenza

Dovunque si trovi in Italia ed in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa al numero verde in funzione 24 ore su 24:

800.280.280

oppure al numero: +39.015.255.95.37

preceduto dal prefisso per l'Italia nel caso si trovi all'estero.

Oppure se non può telefonare può inviare un telegramma al seguente indirizzo:

MAPFRE ASISTENCIA S.A.

Strada Trossi, 66

13871 VERRONE (BI).

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1) il tipo di assistenza di cui necessita;
- 2) nome e cognome;
- 3) indirizzo del luogo in cui si trova;
- 4) il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso sinistro.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

Ogni prestazione deve essere preventivamente richiesta alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente e ne dovrà garantire e autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

La Struttura Organizzativa, prima di procedere con l'erogazione delle prestazioni a favore degli assicurati, si accerterà che l'interlocutore sia effettivamente il beneficiario della prestazione.

Le prestazioni della presente sezione operano se sul simolo di polizza è riportato Tipo assistenza: INFORTUNI: SI.

Art. C.2

Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni

Ferme restando le esclusioni riportate nelle singole prestazioni, valgono le seguenti condizioni:

- 1) Tutte le prestazioni non possono essere fornite per ciascun assicurato per più di tre volte per anno di validità della polizza.
- 2) Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
 - a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
 - c) dolo dell'assicurato;
 - d) suicidio o tentato suicidio;
 - e) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
 - f) infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;
 - g) infortuni conseguenti a malattie mentali o a disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), o a comportamenti nevrotici;
 - h) infortuni conseguenti a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla.
- 3) Qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, TUA non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
- 4) La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza, o conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.
- 5) Ogni diritto nei confronti di TUA si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità con quanto previsto all'art. 2952 cod.civ.

- 6) **I massimali indicati per ogni prestazione debbono intendersi al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge.**
- 7) **Il diritto alle assistenze fornite da TUA decade qualora l'assicurato non abbia preso preventivamente contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro, salvo i casi di forza maggiore, ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Struttura Organizzativa.**
- 8) **L'assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.**
- 9) **Per tutto quanto non qui espressamente disciplinato, si applicano le disposizioni di legge.**

Prestazioni "Infortuni"

Art. C.3
Consulenza medica telefonica

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

Art. C.4
Informazioni sanitarie

(Prestazione operante da lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'assicurato necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, la quale fornirà informazioni relativamente a:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi CE ed extra CE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti;
- farmaci.

Ai sensi del comma 2 lettera b) dell'art. 5 del regolamento ISVAP n. 29 del 16.03.2009, la garanzia di cui al presente articolo si intende prestata in omaggio senza corresponsione di alcun corrispettivo.

Art. C.5
Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici

Qualora l'assicurato debba sottoporsi ad intervento chirurgico o ad accertamenti diagnostici, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, **previa approfondita analisi del quadro clinico** del paziente e sentito il medico curante, individua e prenota, **tenuto conto delle disponibilità esistenti**, l'istituto di cura attrezzato od il centro diagnostico ritenuto più idoneo per il caso.

Ai sensi del comma 2 lettera b) dell'art. 5 del regolamento ISVAP n. 29 del 16.03.2009, la garanzia di cui al presente articolo si intende prestata in omaggio senza corresponsione di alcun corrispettivo.

Art. C.6
Invio di un medico al domicilio

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un medico al proprio domicilio **dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione,** provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati; TUA terrà a proprio carico la relativa spesa.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. C.7
Trasporto in autoambulanza

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa invierà direttamente un'autoambulanza; TUA terrà a proprio carico i relativi costi fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

Art. C.8
Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'assicurato un infermiere professionale; TUA assumerà l'onorario **fino ad un massimo di 150 euro complessivi per sinistro.**

Art. C.9
Segnalazione ed invio di una baby sitter

Qualora l'assicurato, ricoverato o dimesso da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio, necessiti di una baby sitter che accudisca i figli minori di 15 anni, la Struttura Organizzativa segnalerà ed invierà una baby sitter presso il domicilio dell'assicurato, **compatibilmente con le disponibilità locali**, per il periodo di ricovero e convalescenza.

L'onorario della baby sitter rimane a carico di TUA fino ad un massimo di 150 euro per sinistro.

Art. C.10
Segnalazione ed invio di una collaboratrice familiare

Qualora l'assicurato, ricoverato o dimesso da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio, necessiti di una colf per disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà ed invierà una collaboratrice familiare presso il domicilio dell'assicurato, **compatibilmente con le disponibilità locali**, per il periodo di ricovero e convalescenza.

L'onorario della collaboratrice familiare rimane a carico di TUA fino ad un massimo di 150 euro per sinistro.



Art. C.11
Traduzione della
cartella clinica

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, necessiti del consulto con uno specialista straniero ovvero del trasferimento in un istituto di cura all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà alla traduzione della cartella clinica dell'assicurato e dell'eventuale diagnosi, tenendo TUA a proprio carico il relativo costo.
L'assicurato potrà altresì richiedere la traduzione in lingua italiana della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura straniero presso cui l'assicurato stesso abbia avuto la necessità di ricoverarsi in seguito ad infortunio.

Nota: le prestazioni di seguito elencate sono operanti quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato:

Art. C.12
Rientro sanitario

Qualora a seguito di infortunio le condizioni dell'assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese di TUA, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, **se ritenuta necessaria dai medici della stessa. La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in Paesi Europei.**

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'assicurato a spese di TUA, ha il diritto di richiedere all'assicurato stesso, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'assicurato di proseguire il viaggio.

La prestazione non è altresì operante nel caso in cui l'assicurato o i suoi familiari addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari che lo hanno in cura.

Art. C.13
Viaggio di un
familiare (only)

Qualora l'assicurato, trovandosi in viaggio da solo, a seguito di infortunio necessiti di un ricovero in istituto di cura **per un periodo superiore a 10 giorni**, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno per consentirgli di raggiungere l'assicurato ricoverato; TUA terrà a proprio carico il relativo costo.

Art. C.14
Interprete a
disposizione
all'estero

Qualora, in caso di ricovero in ospedale a seguito di infortunio, l'assicurato trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete; TUA terrà a proprio carico **i costi fino ad un massimo di 8 ore lavorative per sinistro. La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.**

Art. C.15
Consegna esiti al
domicilio

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'assicurato o al medico da lui indicato. **Restano in ogni caso a carico dell'assicurato i costi degli accertamenti. L'assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.**

Art. C.16
Consegna
medicinali ed
articoli sanitari
urgenti a domicilio

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, abbia bisogno, **come da prescrizione medica scritta**, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. **Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari rimane a carico dell'assicurato. L'assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.**

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Assistenza alla persona - Salute

Norme comuni alle prestazioni di assistenza

Art. D.1
Istruzioni per la
richiesta di
assistenza

Dovunque si trovi in Italia ed in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa al numero verde in funzione 24 ore su 24:

800.280.280

oppure al numero: +39.015.255.95.37

preceduto dal prefisso per l'Italia nel caso si trovi all'estero.

Oppure se non può telefonare può inviare un telegramma al seguente indirizzo:

MAPFRE ASISTENCIA S.A.

Strada Trossi, 66

13871 VERRONE (BI).

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1) *il tipo di assistenza di cui necessita;*
- 2) *nome e cognome;*
- 3) *indirizzo del luogo in cui si trova;*
- 4) *il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.*

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso sinistro.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

Ogni prestazione deve essere preventivamente richiesta alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente e ne dovrà garantire e autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

La Struttura Organizzativa, prima di procedere con l'erogazione delle prestazioni a favore degli assicurati, si accerterà che l'interlocutore sia effettivamente il beneficiario della prestazione.

Le prestazioni della presente sezione operano se sul simolo di polizza è riportato Tipo assistenza: SALUTE: SI.

Art. D.2
Esclusioni ed effetti
giuridici relativi a
tutte le prestazioni

Ferme restando le esclusioni riportate nelle singole prestazioni, valgono le seguenti condizioni:

- 1) *Tutte le prestazioni non possono essere fornite per ciascun assicurato per più di tre volte per anno di validità della polizza.*
- 2) *Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:*
 - a) *guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
 - b) *scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;*
 - c) *dolo dell'assicurato;*
 - d) *suicidio o tentato suicidio;*
 - e) *infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;*
 - f) *infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;*
 - g) *malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;*
 - h) *malattie mentali e disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), ivi compresi i comportamenti nevrotici;*
 - i) *infortuni conseguenti a malattie mentali o a disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), o a comportamenti nevrotici;*
 - l) *sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla;*
 - m) *infortuni conseguenti a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla.*

- 3) **Qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, TUA non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**
- 4) **La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza, o conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.**
- 5) **Ogni diritto nei confronti di TUA si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità con quanto previsto all'art. 2952 cod.civ.**
- 6) **I massimali indicati per ogni prestazione debbono intendersi al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge.**
- 7) **Il diritto alle assistenze fornite da TUA decade qualora l'assicurato non abbia preso preventivamente contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro, salvo i casi di forza maggiore, ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Struttura Organizzativa.**
- 8) **L'assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.**
- 9) **Per tutto quanto non qui espressamente disciplinato, si applicano le disposizioni di legge.**

Prestazioni "Salute"

Art. D.3
Consulenza medica telefonica

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

Art. D.4
Informazioni sanitarie

(Prestazione operante da lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'assicurato necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, la quale fornirà informazioni relativamente a:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi CE ed extra CE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti;
- farmaci.

Ai sensi del comma 2 lettera b) dell'art. 5 del regolamento ISVAP n. 29 del 16.03.2009, la garanzia di cui al presente articolo si intende prestata in omaggio senza corresponsione di alcun corrispettivo.

Art. D.5
Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici

Qualora l'assicurato debba sottoporsi ad intervento chirurgico o ad accertamenti diagnostici, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, **previa approfondita analisi del quadro clinico** del paziente e sentito il medico curante, individua e prenota, **tenuto conto delle disponibilità esistenti**, l'istituto di cura attrezzato od il centro diagnostico ritenuto più idoneo per il caso.

Ai sensi del comma 2 lettera b) dell'art. 5 del regolamento ISVAP n. 29 del 16.03.2009, la garanzia di cui al presente articolo si intende prestata in omaggio senza corresponsione di alcun corrispettivo.

Art. D.6
Invio di un medico al domicilio

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un medico al proprio domicilio **dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione**, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati; TUA terrà a proprio carico la relativa spesa. **In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.**

Art. D.7
Trasporto in autoambulanza

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa invierà direttamente un'autoambulanza; TUA terrà a proprio carico i relativi costi fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

Art. D.8
Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'assicurato un infermiere professionale; TUA assumerà l'onorario **fino ad un massimo di 150 euro complessivi per sinistro.**

Art. D.9
Segnalazione ed invio di una baby sitter

Qualora l'assicurato, ricoverato o dimesso da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una baby sitter che accudisca i figli minori di 15 anni, la Struttura Organizzativa segnalerà ed invierà una baby sitter presso il domicilio dell'assicurato, **compatibilmente con le disponibilità locali**, per il periodo di ricovero e convalescenza.

L'onorario della baby sitter rimane a carico di TUA fino ad un massimo di 150 euro per sinistro.



Art. D.10
Segnalazione ed
invio di una
collaboratrice
familiare

Qualora l'assicurato, ricoverato o dimesso da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una colf per disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà ed invierà una collaboratrice familiare presso il domicilio dell'assicurato, **compatibilmente con le disponibilità locali**, per il periodo di ricovero e convalescenza.

L'onorario della collaboratrice familiare rimane a carico di TUA fino ad un massimo di 150 euro per sinistro.

Art. D.11
Traduzione della
cartella clinica

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti del consulto con uno specialista straniero ovvero del trasferimento in un istituto di cura all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà alla traduzione della cartella clinica dell'assicurato e dell'eventuale diagnosi, tenendo TUA a proprio carico il relativo costo. L'assicurato potrà altresì richiedere la traduzione in lingua italiana della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura straniero presso cui l'assicurato stesso abbia avuto la necessità di ricoverarsi in seguito ad infortunio o malattia.

Art. D.12
Seconda Opinione
Medica

(La seguente prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal Lunedì al Venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

TUA, tramite i medici della Struttura Organizzativa, mette a disposizione dell'assicurato il servizio di **SECONDA OPINIONE MEDICA**, che fornisce una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute. L'assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeuticamente, potrà contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

Per beneficiare della prestazione, **l'assicurato o il medico curante dovranno:**

- **spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il caso clinico;**
- **compilare il questionario che sarà appositamente fornito;**
- **mettere a disposizione prove, biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica che sia necessaria per potere valutare il caso.**

La Struttura Organizzativa procederà alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, provvederà all'eventuale traduzione in lingua inglese, ed effettuerà la **SECONDA OPINIONE MEDICA** mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nella malattia o quadro clinico dell'assicurato mediante la rete di strutture convenzionate in Italia e nel mondo.

Il servizio di **SECONDA OPINIONE MEDICA** sarà effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'assicurato e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito, documenti che saranno forniti alla Struttura Organizzativa dall'assicurato, o dal suo medico di fiducia, come condizione necessaria per l'erogazione della prestazione.

La risposta in forma scritta, eventualmente in lingua inglese, ma in ogni caso con traduzione in italiano, della **SECONDA OPINIONE MEDICA**, sarà trasmessa dalla Struttura Organizzativa all'assicurato, o al suo medico di fiducia, nel termine normale di 15 giorni feriali, e comunque con un massimo di 40 giorni feriali.

Entro 10 giorni dalla data di ricevimento della **SECONDA OPINIONE MEDICA** sarà facoltà dell'assicurato chiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Struttura Organizzativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente della struttura medica di riferimento, mediante collegamento telefonico o videoconferenza.

Concordata con la Struttura Organizzativa e con il medico curante la necessità della videoconferenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla Struttura Organizzativa, alla videoconferenza. TUA terrà a proprio carico le relative spese **sino a un massimo di 500 euro per periodo di copertura assicurativa**.

Nota: le prestazioni di seguito elencate sono operanti quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato:

Art. D.13
Rientro sanitario

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa le condizioni dell'assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese di TUA, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, **se ritenuta necessaria dai medici della stessa. La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in Paesi Europei.**

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'assicurato a spese di TUA, ha il diritto di richiedere all'assicurato stesso, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'assicurato di proseguire il viaggio.



La prestazione non è altresì operante nel caso in cui l'assicurato o i suoi familiari addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari che lo hanno in cura.

Non danno luogo alla prestazione prevista le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. D.14
Viaggio di un familiare (only)

Qualora l'assicurato, trovandosi in viaggio da solo, a seguito di infortunio o malattia improvvisa necessiti di un ricovero in istituto di cura **per un periodo superiore a 10 giorni**, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno per consentirgli di raggiungere l'assicurato ricoverato; TUA terrà a proprio carico il relativo costo.

Art. D.15
Interprete a disposizione all'estero

Qualora, in caso di ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'assicurato trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete; TUA terrà a proprio carico **i costi fino ad un massimo di 8 ore lavorative per sinistro. La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.**

Art. D.16
Consegna esiti al domicilio

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'assicurato o al medico da lui indicato. **Restano in ogni caso a carico dell'assicurato i costi degli accertamenti. L'assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.**

Art. D.17
Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

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

Art. D.18
Rientro anticipato

Qualora l'assicurato in viaggio debba rientrare alla propria residenza prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa di avvenuto decesso di un familiare in Italia (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), **come da data risultante su certificato di morte rilasciato dall'anagrafe**, la Struttura Organizzativa organizzerà il viaggio in treno, prima classe, o in aereo, classe economica, fino al luogo dove è deceduto in Italia il familiare o al luogo ove il familiare deceduto viene inumato. TUA terrà a proprio carico le relative spese.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Assistenza alla persona - Salute Plus

Norme comuni alle prestazioni di assistenza

Art. E.1
Istruzioni per la
richiesta di
assistenza

Dovunque si trovi in Italia ed in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa al numero verde in funzione 24 ore su 24:

800.280.280

oppure al numero: +39.015.255.95.37

preceduto dal prefisso per l'Italia nel caso si trovi all'estero.

Oppure se non può telefonare può inviare un telegramma al seguente indirizzo:

MAPFRE ASISTENCIA S.A.

Strada Trossi, 66

13871 VERRONE (BI).

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1) *il tipo di assistenza di cui necessita;*
- 2) *nome e cognome;*
- 3) *indirizzo del luogo in cui si trova;*
- 4) *il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.*

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso sinistro.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

Ogni prestazione deve essere preventivamente richiesta alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente e ne dovrà garantire e autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

La Struttura Organizzativa, prima di procedere con l'erogazione delle prestazioni a favore degli assicurati, si accerterà che l'interlocutore sia effettivamente il beneficiario della prestazione.

Le prestazioni della presente sezione operano se sul simplo di polizza è riportato Tipo assistenza: SALUTE PLUS: SI.

Art. E.2
Esclusioni ed effetti
giuridici relativi a
tutte le prestazioni

Ferme restando le esclusioni riportate nelle singole prestazioni, valgono le seguenti condizioni:

- 1) *Tutte le prestazioni non possono essere fornite per ciascun assicurato per più di tre volte per anno di validità della polizza.*
- 2) *Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:*
 - a) *guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
 - b) *scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;*
 - c) *dolo dell'assicurato;*
 - d) *suicidio o tentato suicidio;*
 - e) *infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;*
 - f) *infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;*
 - g) *malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;*
 - h) *malattie mentali e disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), ivi compresi i comportamenti nevrotici;*
 - i) *infortuni conseguenti a malattie mentali o a disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), o a comportamenti nevrotici;*
 - l) *sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla;*
 - m) *infortuni conseguenti a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla.*

- 3) **Qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, TUA non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**
- 4) **La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza, o conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.**
- 5) **Ogni diritto nei confronti di TUA si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità con quanto previsto all'art. 2952 cod.civ.**
- 6) **I massimali indicati per ogni prestazione debbono intendersi al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge.**
- 7) **Il diritto alle assistenze fornite da TUA decade qualora l'assicurato non abbia preso preventivamente contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro, salvo i casi di forza maggiore, ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Struttura Organizzativa.**
- 8) **L'assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.**
- 9) **Per tutto quanto non qui espressamente disciplinato, si applicano le disposizioni di legge.**

Prestazioni "Salute Plus"

<p>Art. E.3 Consulenza medica telefonica</p>	<p>Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.</p>
<p>Art. E.4 Informazioni sanitarie</p>	<p>(Prestazione operante da lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)</p> <p>Qualora l'assicurato necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, la quale fornirà informazioni relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.); - ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura; - strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni; - consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti; - assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi CE ed extra CE; - cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso; - medici specialisti; - farmaci. <p>Ai sensi del comma 2 lettera b) dell'art. 5 del regolamento ISVAP n. 29 del 16.03.2009, la garanzia di cui al presente articolo si intende prestata in omaggio senza corresponsione di alcun corrispettivo.</p>
<p>Art. E.5 Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici</p>	<p>Qualora l'assicurato debba sottoporsi ad intervento chirurgico o ad accertamenti diagnostici, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato od il centro diagnostico ritenuto più idoneo per il caso.</p> <p>Ai sensi del comma 2 lettera b) dell'art. 5 del regolamento ISVAP n. 29 del 16.03.2009, la garanzia di cui al presente articolo si intende prestata in omaggio senza corresponsione di alcun corrispettivo.</p>
<p>Art. E.6 Invio di un medico al domicilio</p>	<p>Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un medico al proprio domicilio dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati; TUA terrà a proprio carico la relativa spesa. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.</p>
<p>Art. E.7 Trasporto in autoambulanza</p>	<p>Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa invierà direttamente un'autoambulanza; TUA terrà a proprio carico i relativi costi fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).</p>
<p>Art. E.8 Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato</p>	<p>Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'assicurato; b) ad organizzare il trasporto dell'assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - aereo sanitario; - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;

- treno prima classe, e occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso (**la Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo per i trasferimenti verso Paesi Europei**);
- c) ad assistere l'assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico **se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa. Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'assicurato, nonché le terapie riabilitative.**

<p>Art. E.9 Rientro dal centro ospedaliero attrezzato</p>	<p>Quando l'assicurato, in conseguenza della prestazione di cui all'Art. E.8 che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato; - treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto; - autoambulanza, senza limiti di percorso. Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese di TUA, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.
<p>Art. E.10 Invio di un infermiere al domicilio</p>	<p>Qualora l'assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'assicurato un infermiere professionale; TUA assumerà l'onorario fino ad un massimo di 400 euro complessivi per sinistro.</p>
<p>Art. E.11 Segnalazione ed invio di una baby sitter</p>	<p>Qualora l'assicurato, ricoverato o dimesso da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una baby sitter che accudisca i figli minori di 15 anni, la Struttura Organizzativa segnalerà ed invierà una baby sitter presso il domicilio dell'assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, per il periodo di ricovero e convalescenza.</p> <p>L'onorario della baby sitter rimane a carico di TUA fino ad un massimo di 400 euro per sinistro.</p>
<p>Art. E.12 Segnalazione ed invio di una collaboratrice familiare</p>	<p>Qualora l'assicurato, ricoverato o dimesso da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una colf per disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà ed invierà una collaboratrice familiare presso il domicilio dell'assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, per il periodo di ricovero e convalescenza.</p> <p>L'onorario della collaboratrice familiare rimane a carico di TUA fino ad un massimo di 400 euro per sinistro.</p>
<p>Art. E.13 Traduzione della cartella clinica</p>	<p>Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti del consulto con uno specialista straniero ovvero del trasferimento in un istituto di cura all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà alla traduzione della cartella clinica dell'assicurato e dell'eventuale diagnosi, tenendo TUA a proprio carico il relativo costo.</p> <p>L'assicurato potrà altresì richiedere la traduzione in lingua italiana della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura straniero presso cui l'assicurato stesso abbia avuto la necessità di ricoverarsi in seguito ad infortunio o malattia.</p>
<p>Art. E.14 Seconda Opinione Medica</p>	<p>(La seguente prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal Lunedì al Venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)</p> <p>TUA, tramite i medici della Struttura Organizzativa, mette a disposizione dell'assicurato il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA, che fornisce una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute. L'assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeutamente, potrà contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.</p> <p>Per beneficiare della prestazione, l'assicurato o il medico curante dovranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il caso clinico; - compilare il questionario che sarà appositamente fornito; - mettere a disposizione prove, biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica che sia necessaria per potere valutare il caso. <p>La Struttura Organizzativa procederà alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, provvederà all'eventuale traduzione in lingua inglese, ed effettuerà la SECONDA OPINIONE MEDICA mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nella malattia o quadro clinico dell'assicurato mediante la rete di strutture convenzionate in Italia e nel mondo.</p> <p>Il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA sarà effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'assicurato e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito, documenti che saranno forniti alla Struttura Organizzativa dall'assicurato, o dal suo medico di fiducia, come condizione necessaria per l'erogazione della prestazione.</p> <p>La risposta in forma scritta, eventualmente in lingua inglese, ma in ogni caso con traduzione in italiano, della SECONDA OPINIONE MEDICA, sarà trasmessa dalla Struttura Organizzativa all'assicurato, o al suo medico di fiducia, nel termine normale di 15 giorni feriali, e comunque con un massimo di 40 giorni feriali.</p> <p>Entro 10 giorni dalla data di ricevimento della SECONDA OPINIONE MEDICA sarà facoltà dell'assicurato chiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Struttura Organizzativa ed eventualmente con</p>

l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente della struttura medica di riferimento, mediante collegamento telefonico o videoconferenza.

Concordata con la Struttura Organizzativa e con il medico curante la necessità della videoconferenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla Struttura Organizzativa, alla videoconferenza. TUA terrà a proprio carico le relative spese **sino a un massimo di 500 euro per periodo di copertura assicurativa**.

Nota: le prestazioni di seguito elencate sono operanti quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato:

Art. E.15**Rientro sanitario**

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa le condizioni dell'assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese di TUA, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, **se ritenuta necessaria dai medici della stessa. La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in Paesi Europei.**

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'assicurato a spese di TUA, ha il diritto di richiedere all'assicurato stesso, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'assicurato di proseguire il viaggio.

La prestazione non è altresì operante nel caso in cui l'assicurato o i suoi familiari addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari che lo hanno in cura.

Non danno luogo alla prestazione prevista le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. E.16**Viaggio di un familiare (only)**

Qualora l'assicurato, trovandosi in viaggio da solo, a seguito di infortunio o malattia improvvisa necessiti di un ricovero in istituto di cura **per un periodo superiore a 10 giorni**, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno per consentirgli di raggiungere l'assicurato ricoverato; TUA terrà a proprio carico il relativo costo.

Art. E.17**Interprete a disposizione all'estero**

Qualora, in caso di ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'assicurato trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete; TUA terrà a proprio carico **i costi fino ad un massimo di 8 ore lavorative per sinistro. La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.**

Art. E.18**Consegna esiti al domicilio**

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'assicurato o al medico da lui indicato. **Restano in ogni caso a carico dell'assicurato i costi degli accertamenti. L'assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.**

Art. E.19**Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio**

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

Art. E.20**Rientro anticipato**

Qualora l'assicurato in viaggio debba rientrare alla propria residenza prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa di avvenuto decesso di un familiare in Italia (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), **come da data risultante su certificato di morte rilasciato dall'anagrafe**, la Struttura Organizzativa organizzerà il viaggio in treno, prima classe, o in aereo, classe economica, fino al luogo dove è deceduto in Italia il familiare o al luogo ove il familiare deceduto viene inumato. TUA terrà a proprio carico le relative spese.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Assistenza alla persona - Infortuni con ADI

Norme comuni alle prestazioni di assistenza

Art. F.1
Istruzioni per la
richiesta di
assistenza

Dovunque si trovi in Italia ed in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa al numero verde in funzione 24 ore su 24:

800.280.280

oppure al numero: +39.015.255.95.37

preceduto dal prefisso per l'Italia nel caso si trovi all'estero.

Oppure se non può telefonare può inviare un telegramma al seguente indirizzo:

MAPFRE ASISTENCIA S.A.

Strada Trossi, 66

13871 VERRONE (BI).

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1) *il tipo di assistenza di cui necessita;*
- 2) *nome e cognome;*
- 3) *indirizzo del luogo in cui si trova;*
- 4) *il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.*

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso sinistro.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

Ogni prestazione deve essere preventivamente richiesta alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente e ne dovrà garantire e autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

La Struttura Organizzativa, prima di procedere con l'erogazione delle prestazioni a favore degli assicurati, si accerterà che l'interlocutore sia effettivamente il beneficiario della prestazione.

Le prestazioni della presente sezione operano se sul simolo di polizza è riportato Tipo assistenza: INFORTUNI - ADI: SI.

Art. F.2
Esclusioni ed effetti
giuridici relativi a
tutte le prestazioni

Ferme restando le esclusioni riportate nelle singole prestazioni, valgono le seguenti condizioni:

- 1) *Tutte le prestazioni non possono essere fornite per ciascun assicurato per più di tre volte per anno di validità della polizza.*
- 2) *Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:*
 - a) *guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
 - b) *scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;*
 - c) *dolo dell'assicurato;*
 - d) *suicidio o tentato suicidio;*
 - e) *infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;*
 - f) *infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;*
 - g) *infortuni conseguenti a malattie mentali o a disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), o a comportamenti nevrotici;*
 - h) *infortuni conseguenti a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla.*
- 3) *Qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, TUA non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.*
- 4) *La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza, o conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.*
- 5) *Ogni diritto nei confronti di TUA si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità con quanto previsto all'art. 2952 cod.civ.*

- 6) *I massimali indicati per ogni prestazione debbono intendersi al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge.*
- 7) *Il diritto alle assistenze fornite da TUA decade qualora l'assicurato non abbia preso preventivamente contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro, salvo i casi di forza maggiore, ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Struttura Organizzativa.*
- 8) *L'assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.*
- 9) *Per tutto quanto non qui espressamente disciplinato, si applicano le disposizioni di legge.*

Prestazioni "Infortuni"

<p>Art. F.3 Consulenza medica telefonica</p>	<p>Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.</p>
<p>Art. F.4 Informazioni sanitarie</p>	<p>(Prestazione operante da lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)</p> <p>Qualora l'assicurato necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, la quale fornirà informazioni relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.); - ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura; - strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni; - consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti; - assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi CE ed extra CE; - cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso; - medici specialisti; - farmaci. <p>Ai sensi del comma 2 lettera b) dell'art. 5 del regolamento ISVAP n. 29 del 16.03.2009, la garanzia di cui al presente articolo si intende prestata in omaggio senza corresponsione di alcun corrispettivo.</p>
<p>Art. F.5 Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici</p>	<p>Qualora l'assicurato debba sottoporsi ad intervento chirurgico o ad accertamenti diagnostici, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato od il centro diagnostico ritenuto più idoneo per il caso.</p> <p>Ai sensi del comma 2 lettera b) dell'art. 5 del regolamento ISVAP n. 29 del 16.03.2009, la garanzia di cui al presente articolo si intende prestata in omaggio senza corresponsione di alcun corrispettivo.</p>
<p>Art. F.6 Invio di un medico generico in Italia</p>	<p>Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, necessiti, in Italia, di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati; TUA terrà a proprio carico la relativa spesa.</p> <p>In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.</p>
<p>Art. F.7 Trasporto in autoambulanza</p>	<p>Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa invierà direttamente un'autoambulanza; TUA terrà a proprio carico i relativi costi fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).</p>
<p>Art. F.8 Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato</p>	<p>Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'assicurato; b) ad organizzare il trasporto dell'assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - aereo sanitario; - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato; - treno prima classe, e occorrendo, il vagone letto; - autoambulanza, senza limiti di percorso (la Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo per i trasferimenti verso Paesi Europei); c) ad assistere l'assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa. Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'assicurato, nonché le terapie riabilitative.

Art. F.9 Rientro dal centro ospedaliero attrezzato	<p>Quando l'assicurato, in conseguenza della prestazione di cui all'Art. F.8 che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none">- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;- autoambulanza, senza limiti di percorso. Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese di TUA, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.
Art. F.10 Traduzione della cartella clinica	<p>Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, necessiti del consulto con uno specialista straniero ovvero del trasferimento in un istituto di cura all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà alla traduzione della cartella clinica dell'assicurato e dell'eventuale diagnosi, tenendo TUA a proprio carico il relativo costo.</p> <p>L'assicurato potrà altresì richiedere la traduzione in lingua italiana della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura straniero presso cui l'assicurato stesso abbia avuto la necessità di ricoverarsi in seguito ad infortunio.</p>
Art. F.11 Seconda Opinione Medica	<p>(La seguente prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal Lunedì al Venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)</p> <p>TUA, tramite i medici della Struttura Organizzativa, mette a disposizione dell'assicurato il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA, che fornisce una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute. L'assicurato, a seguito di infortunio diagnosticato o trattato terapeuticamente, potrà contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.</p> <p>Per beneficiare della prestazione, l'assicurato o il medico curante dovranno:</p> <ul style="list-style-type: none">- spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il caso clinico;- compilare il questionario che sarà appositamente fornito;- mettere a disposizione prove, biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica che sia necessaria per potere valutare il caso. <p>La Struttura Organizzativa procederà alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, provvederà all'eventuale traduzione in lingua inglese, ed effettuerà la SECONDA OPINIONE MEDICA mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nell'infortunio o quadro clinico dell'assicurato mediante la rete di strutture convenzionate in Italia e nel mondo.</p> <p>Il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA sarà effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'assicurato e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito, documenti che saranno forniti alla Struttura Organizzativa dall'assicurato, o dal suo medico di fiducia, come condizione necessaria per l'erogazione della prestazione.</p> <p>La risposta in forma scritta, eventualmente in lingua inglese, ma in ogni caso con traduzione in italiano, della SECONDA OPINIONE MEDICA, sarà trasmessa dalla Struttura Organizzativa all'assicurato, o al suo medico di fiducia, nel termine normale di 15 giorni feriali, e comunque con un massimo di 40 giorni feriali.</p> <p>Entro 10 giorni dalla data di ricevimento della SECONDA OPINIONE MEDICA sarà facoltà dell'assicurato chiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Struttura Organizzativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente della struttura medica di riferimento, mediante collegamento telefonico o videoconferenza.</p> <p>Concordata con la Struttura Organizzativa e con il medico curante la necessità della videoconferenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla Struttura Organizzativa, alla videoconferenza. TUA terrà a proprio carico le relative spese sino a un massimo di 500 euro per periodo di copertura assicurativa.</p>
Art. F.12 Rientro sanitario	<p>Nota: le prestazioni di seguito elencate sono operanti quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato:</p> <p>Qualora a seguito di infortunio le condizioni dell'assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:</p> <ul style="list-style-type: none">- aereo sanitario;- aereo di linea classe economica eventualmente in barella;- treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto;- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio). <p>Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese di TUA, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa. La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in Paesi Europei. La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'assicurato a spese di TUA, ha il diritto di richiedere all'assicurato stesso, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.</p>

	Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'assicurato di proseguire il viaggio. La prestazione non è altresì operante nel caso in cui l'assicurato o i suoi familiari addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari che lo hanno in cura.
Art. F.13 Viaggio di un familiare (not only)	Qualora l'assicurato, trovandosi in viaggio, a seguito di infortunio necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni , la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno per consentirgli di raggiungere l'assicurato ricoverato; TUA terrà a proprio carico il relativo costo.
Art. F.14 Interprete a disposizione all'estero	Qualora, in caso di ricovero in ospedale a seguito di infortunio, l'assicurato trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete; TUA terrà a proprio carico i costi fino ad un massimo di 8 ore lavorative per sinistro. La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.
Art. F.15 Consegna esiti al domicilio	Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'assicurato o al medico da lui indicato. Restano in ogni caso a carico dell'assicurato i costi degli accertamenti. L'assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.
Art. F.16 Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio	Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, abbia bisogno, come da prescrizione medica scritta , di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari rimane a carico dell'assicurato. L'assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.
Art. F.17 Rientro anticipato	Qualora l'assicurato in viaggio debba rientrare alla propria residenza prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa di avvenuto decesso di un familiare in Italia (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), come da data risultante su certificato di morte rilasciato dall'anagrafe , la Struttura Organizzativa organizzerà il viaggio in treno, prima classe, o in aereo, classe economica, fino al luogo dove è deceduto in Italia il familiare o al luogo ove il familiare deceduto viene inumato. TUA terrà a proprio carico le relative spese.
Art. F.18 Rimpatrio salma	Qualora l'assicurato sia deceduto a seguito di infortunio, la Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo TUA a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di 2.600 euro per sinistro , ancorché siano coinvolti più assicurati. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

ADI - Assistenza Domiciliare Integrata

Art. F.19 Operatività della garanzia	Le prestazioni della sezione ADI, sono riservate agli assicurati in caso di infortunio che comporti ricovero in istituto di cura di almeno: - 8 giorni se con intervento chirurgico; - 12 giorni se senza intervento chirurgico.
Art. F.20 Ospedalizzazione domiciliare	Le modalità di accesso ai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato e/o con il suo medico curante ed a tal fine la Struttura Organizzativa dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso. La Struttura Organizzativa organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 30 giorni. Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione , verranno definite dal servizio medico della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'iscritto.
Art. F.21 Prestazioni Professionali	Qualora l'assicurato necessiti di assistenza dalle ore 20.00 alle ore 08.00 nei giorni feriali o nei giorni festivi, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione , garantisce l'invio di personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiochinesiterapista, operatore assistenziale) fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.
Art. F.22 Servizi Sanitari	Qualora l'assicurato necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione , provvederà ad organizzare il servizio fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.



Art. F.23

Servizi non Sanitari

Qualora l'assicurato non possa lasciare il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa, **accertata la necessità della prestazione**, garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, **fino ad un massimo di 30 giorni** dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Assistenza alla persona - Salute con ADI

Norme comuni alle prestazioni di assistenza

Art. G.1
Istruzioni per la
richiesta di
assistenza

Dovunque si trovi in Italia ed in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa al numero verde in funzione 24 ore su 24:

800.280.280

oppure al numero: +39.015.255.95.37

preceduto dal prefisso per l'Italia nel caso si trovi all'estero.

Oppure se non può telefonare può inviare un telegramma al seguente indirizzo:

MAPFRE ASISTENCIA S.A.

Strada Trossi, 66

13871 VERRONE (BI).

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1) *il tipo di assistenza di cui necessita;*
- 2) *nome e cognome;*
- 3) *indirizzo del luogo in cui si trova;*
- 4) *il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.*

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso sinistro.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

Ogni prestazione deve essere preventivamente richiesta alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente e ne dovrà garantire e autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

La Struttura Organizzativa, prima di procedere con l'erogazione delle prestazioni a favore degli assicurati, si accerterà che l'interlocutore sia effettivamente il beneficiario della prestazione.

Le prestazioni della presente sezione operano se sul simplo di polizza è riportato Tipo assistenza: SALUTE - ADI: SI.

Art. G.2
Esclusioni ed effetti
giuridici relativi a
tutte le prestazioni

Ferme restando le esclusioni riportate nelle singole prestazioni, valgono le seguenti condizioni:

- 1) *Tutte le prestazioni non possono essere fornite per ciascun assicurato per più di tre volte per anno di validità della polizza.*
- 2) *Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:*
 - a) *guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
 - b) *scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;*
 - c) *dolo dell'assicurato;*
 - d) *suicidio o tentato suicidio;*
 - e) *infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;*
 - f) *infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;*
 - g) *malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;*
 - h) *malattie mentali e disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), ivi compresi i comportamenti nevrotici;*
 - i) *infortuni conseguenti a malattie mentali o a disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), o a comportamenti nevrotici;*
 - l) *sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla;*
 - m) *infortuni conseguenti a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla.*

- 3) **Qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, TUA non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**
- 4) **La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza, o conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.**
- 5) **Ogni diritto nei confronti di TUA si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità con quanto previsto all'art. 2952 cod.civ.**
- 6) **I massimali indicati per ogni prestazione debbono intendersi al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge.**
- 7) **Il diritto alle assistenze fornite da TUA decade qualora l'assicurato non abbia preso preventivamente contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro, salvo i casi di forza maggiore, ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Struttura Organizzativa.**
- 8) **L'assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.**
- 9) **Per tutto quanto non qui espressamente disciplinato, si applicano le disposizioni di legge.**

Prestazioni "Salute"

Art. G.3
Consulenza medica telefonica

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

Art. G.4
Informazioni sanitarie

(Prestazione operante da lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'assicurato necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, la quale fornirà informazioni relativamente a:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi CE ed extra CE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti;
- farmaci.

Ai sensi del comma 2 lettera b) dell'art. 5 del regolamento ISVAP n. 29 del 16.03.2009, la garanzia di cui al presente articolo si intende prestata in omaggio senza corresponsione di alcun corrispettivo.

Art. G.5
Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici

Qualora l'assicurato debba sottoporsi ad intervento chirurgico o ad accertamenti diagnostici, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, **previa approfondita analisi del quadro clinico** del paziente e sentito il medico curante, individua e prenota, **tenuto conto delle disponibilità esistenti**, l'istituto di cura attrezzato od il centro diagnostico ritenuto più idoneo per il caso.

Ai sensi del comma 2 lettera b) dell'art. 5 del regolamento ISVAP n. 29 del 16.03.2009, la garanzia di cui al presente articolo si intende prestata in omaggio senza corresponsione di alcun corrispettivo.

Art. G.6
Invio di un medico generico in Italia

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti, in Italia, di un medico **dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione**, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati; TUA terrà a proprio carico la relativa spesa.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. G.7
Trasporto in autoambulanza

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa direttamente un'autoambulanza; TUA terrà a proprio carico i relativi costi fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

Art. G.8
Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa **previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante**, la Struttura Organizzativa provvederà:

- a) ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'assicurato;
- b) ad organizzare il trasporto dell'assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario;
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;

- treno prima classe, e occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso (**la Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo per i trasferimenti verso Paesi Europei**);
- c) ad assistere l'assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico **se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa. Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'assicurato, nonché le terapie riabilitative.**

Art. G.9
Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'assicurato, in conseguenza della prestazione di cui all'Art. G.8 che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'assicurato:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso. Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese di TUA, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, **se ritenuta necessaria dai medici della stessa.**

Art. G.10
Traduzione della cartella clinica

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti del consulto con uno specialista straniero ovvero del trasferimento in un istituto di cura all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà alla traduzione della cartella clinica dell'assicurato e dell'eventuale diagnosi, tenendo TUA a proprio carico il relativo costo.

L'assicurato potrà altresì richiedere la traduzione in lingua italiana della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura straniero presso cui l'assicurato stesso abbia avuto la necessità di ricoverarsi in seguito ad infortunio o malattia.

Art. G.11
Seconda Opinione Medica

(La seguente prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal Lunedì al Venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

TUA, tramite i medici della Struttura Organizzativa, mette a disposizione dell'assicurato il servizio di **SECONDA OPINIONE MEDICA**, che fornisce una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute. L'assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeutamente, potrà contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

Per beneficiare della prestazione, **l'assicurato o il medico curante dovranno:**

- **spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il caso clinico;**
- **compilare il questionario che sarà appositamente fornito;**
- **mettere a disposizione prove, biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica che sia necessaria per potere valutare il caso.**

La Struttura Organizzativa procederà alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, provvederà all'eventuale traduzione in lingua inglese, ed effettuerà la **SECONDA OPINIONE MEDICA** mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nella malattia o quadro clinico dell'assicurato mediante la rete di strutture convenzionate in Italia e nel mondo.

Il servizio di **SECONDA OPINIONE MEDICA** sarà effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'assicurato e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito, documenti che saranno forniti alla Struttura Organizzativa dall'assicurato, o dal suo medico di fiducia, come condizione necessaria per l'erogazione della prestazione.

La risposta in forma scritta, eventualmente in lingua inglese, ma in ogni caso con traduzione in italiano, della **SECONDA OPINIONE MEDICA**, sarà trasmessa dalla Struttura Organizzativa all'assicurato, o al suo medico di fiducia, nel termine normale di 15 giorni feriali, e comunque con un massimo di 40 giorni feriali.

Entro 10 giorni dalla data di ricevimento della **SECONDA OPINIONE MEDICA** sarà facoltà dell'assicurato chiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Struttura Organizzativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente della struttura medica di riferimento, mediante collegamento telefonico o videoconferenza.

Concordata con la Struttura Organizzativa e con il medico curante la necessità della videoconferenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla Struttura Organizzativa, alla videoconferenza. TUA terrà a proprio carico le relative spese **sino a un massimo di 500 euro per periodo di copertura assicurativa.**

Nota: le prestazioni di seguito elencate sono operanti quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato:

Art. G.12
Rientro sanitario

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa le condizioni dell'assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese di TUA, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, **se ritenuta necessaria dai medici della stessa. La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in Paesi Europei.**

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'assicurato a spese di TUA, ha il diritto di richiedere all'assicurato stesso, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'assicurato di proseguire il viaggio.

La prestazione non è altresì operante nel caso in cui l'assicurato o i suoi familiari addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari che lo hanno in cura.

Non danno luogo alla prestazione prevista le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. G.13
Viaggio di un familiare (not only)

Qualora l'assicurato, trovandosi in viaggio, a seguito di infortunio o malattia improvvisa necessiti di un ricovero in istituto di cura **per un periodo superiore a 10 giorni**, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno per consentirgli di raggiungere l'assicurato ricoverato; TUA terrà a proprio carico il relativo costo.

Art. G.14
Interprete a disposizione all'estero

Qualora, in caso di ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'assicurato trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete; TUA terrà a proprio carico **i costi fino ad un massimo di 8 ore lavorative per sinistro. La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.**

Art. G.15
Consegna esiti al domicilio

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'assicurato o al medico da lui indicato. **Restano in ogni caso a carico dell'assicurato i costi degli accertamenti. L'assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.**

Art. G.16
Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

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

Art. G.17
Rientro anticipato

Qualora l'assicurato in viaggio debba rientrare alla propria residenza prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa di avvenuto decesso di un familiare in Italia (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), **come da data risultante su certificato di morte rilasciato dall'anagrafe**, la Struttura Organizzativa organizzerà il viaggio in treno, prima classe, o in aereo, classe economica, fino al luogo dove è deceduto in Italia il familiare o al luogo ove il familiare deceduto viene inumato. TUA terrà a proprio carico le relative spese.

Art. G.18
Rimpatrio salma

Qualora l'assicurato sia deceduto a seguito di infortunio o malattia improvvisa, la Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo TUA a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di 2.600 euro per sinistro**, ancorché siano coinvolti più assicurati. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. **Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.**

ADI - Assistenza Domiciliare Integrata

Art. G.19
Operatività della garanzia

Le prestazioni della sezione ADI, sono riservate agli assicurati in caso di infortunio o malattia che comporti ricovero in istituto di cura di almeno:

- **8 giorni se con intervento chirurgico;**
- **12 giorni se senza intervento chirurgico.**

Le modalità di accesso ai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato e/o con il suo medico curante ed a tal fine **la Struttura Organizzativa dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo** per poter organizzare il servizio stesso.

Art. G.20 Ospedalizzazione domiciliare	La Struttura Organizzativa organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 30 giorni . Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione , verranno definite dal servizio medico della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'iscritto.
Art. G.21 Prestazioni Professionali	Qualora l'assicurato necessiti di assistenza dalle ore 20.00 alle ore 08.00 nei giorni feriali o nei giorni festivi, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione , garantisce l'invio di personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale) fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.
Art. G.22 Servizi Sanitari	Qualora l'assicurato necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione , provvederà ad organizzare il servizio fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.
Art. G.23 Servizi non Sanitari	Qualora l'assicurato non possa lasciare il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione , garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Ritiro Patente

Indennità Sospensione Patente

Art. H.1
Premessa

Come previsto dall'Art. 16 del regolamento ISVAP 29/2009, la garanzia della presente sezione può operare esclusivamente se gli assicurati siano soggetti operanti presso la contraente (persona giuridica diversa dall'assicurato), per i quali la guida di veicoli a motore sia strettamente funzionale all'esercizio dell'attività cui sono adibiti.

Con la sottoscrizione della presente polizza il contraente dichiara che l'importo dell'indennità giornaliera indicata in polizza corrisponde alla misura del pregiudizio economico (danno) che intende assicurare, derivante dal provvedimento sanzionatorio, comunque escluse multe, ammende, pene e sanzioni pecuniarie.

Art. H.2
Oggetto
dell'assicurazione –
Dipendenti

TUA si obbliga a corrispondere al datore di lavoro dell'assicurato (indicato in polizza), conducente del tipo di veicolo indicato in polizza e dipendente (o altra figura come descritta in fondo al presente articolo) del contraente, l'indennità giornaliera pattuita (indicata in polizza) per il pregiudizio economico subito dal contraente nel caso in cui all'assicurato sia temporaneamente sospesa la patente di guida per veicoli a motore, ai sensi dell'art. 129 C.d.S. (codice della strada - D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285 e successive modifiche):

- a) in conseguenza diretta ed esclusiva di incidenti, originati dalla circolazione del veicolo stesso ed avvenuti durante il periodo di validità della presente polizza, che abbiano provocato danni alle persone (artt. 222 e 223 C.d.S.), a condizione che l'assicurato venga assolto o prosciolto da eventuale imputazione di reato di fuga o di omissione di soccorso;
- b) disposta ai sensi dei sotto elencati articoli del codice della strada:
 - 1) Art. 142 comma 9 e 12 - Limiti di Velocità oltre 40 km/h;
 - 2) Art. 143 comma 12 – Circolazione contromano (con esclusione della recidività);
 - 3) Art. 145 comma 11 - Precedenza;
 - 4) Art. 146 comma 3 bis - Violazione segnaletica stradale;
 - 5) Art. 147 comma 6 - Comportamento ai passaggi a livello;
 - 5) Art. 148 comma 16 - Sorpasso;
 - 6) Art. 149 comma 5 - Distanza di sicurezza tra i veicoli;
 - 7) Art. 150 comma 5 - Incrocio tra i veicoli nei passaggi ingombri o su strade di montagna;
 - 8) Art. 176 comma 22 - Comportamenti durante la circolazione sulle autostrade e sulle strade extraurbane principali.

La garanzia opera per i casi in cui la violazione di legge contestata all'assicurato sia avvenuta durante il periodo di efficacia della polizza.

Nel caso in cui la sospensione della patente di guida sia prevista al verificarsi di più infrazioni, l'indennità viene corrisposta al 50% qualora una di queste sia stata commessa alla guida di veicoli non assicurati dal contraente con la presente garanzia o antecedentemente alla data di effetto.

L'indennità viene corrisposta dal giorno successivo a quello in cui ha effetto il ritiro della patente e fino al termine del periodo di sospensione o fino a quando la patente non venga o restituita o revocata, con il massimo di 180 giorni per sinistro e anno assicurativo. Tale limite si riduce a 90 giorni qualora il motivo della sospensione sia l'eccesso di velocità oltre i 60 Km/h.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con TUA, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati, allora per data di effetto si intende:

- il giorno di effetto della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le somme e le prestazioni risultanti sia nella polizza sostituita che nella presente;
- il giorno di effetto della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle diverse somme o diverse prestazioni da questa previste.

Conducenti

La garanzia opera per i conducenti che siano:

- soci o amministratori di società di capitali;
- dipendenti, lavoratori parasubordinati;

che prestino attività continuativa per l'impresa contraente.

Sono pertanto escluse le figure professionali previste dalla Legge Biagi (Legge del 14 febbraio 2003, n. 30 e successivi atti attuativi e/o modificativi) non qualificabili quali dipendenti o con contratto di lavoro intermittente o a chiamata.

Art. H.3
Le esclusioni

L'assicurazione non vale:

- 1) **se nei confronti dell'assicurato sono stati adottati provvedimenti di sospensione della patente, nei 3 anni precedenti la decorrenza della polizza, senza che la circostanza sia stata resa nota a TUA;**
- 2) **se al momento del sinistro l'assicurato non è in possesso della prescritta e valida patente di abilitazione;**

- 3) *se al momento del sinistro l'assicurato guida il veicolo con patente diversa da quella prescritta per la guida dello stesso o non ottemperi agli obblighi prescritti in patente;*
- 4) *se il veicolo era adibito ad un uso diverso da quello indicato nella carta di circolazione;*
- 5) *per i sinistri avvenuti in occasione di atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio e vandalismo, occupazioni militari, invasioni, fenomeni naturali, sviluppo – comunque insorto, controllato o meno – di energia nucleare o radioattività;*
- 6) *per i sinistri avvenuti durante la partecipazione a gare o competizioni sportive ed alle relative prove ed allenamenti, nonché per imprese temerarie o per azioni delittuose;*
- 7) *per i sinistri determinati o agevolati da dolo dell'assicurato;*
- 8) *se al momento del sinistro il conducente alla guida era in stato di ebbrezza, o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope, secondo quanto previsto dagli artt. 186 e 187 C.d.S.;*
- 9) *per omissione di soccorso in caso di incidente, secondo quanto previsto dall'art. 189 C.d.S.;*
- 10) *qualora l'assicurato non faccia uso della facoltà di ricorso contro il provvedimento di sospensione della patente, salvo che il provvedimento stesso preveda un periodo di sospensione inferiore a 60 giorni;*
- 11) *per sospensioni di durata inferiore a 15 giorni consecutivi;*
- 12) *per sospensione, revoca, ritiro, qualora detti eventi siano conseguenti a malattie mentali o a disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), o a comportamenti nevrotici;*
- 13) *per gli appartenenti a corpi militari o forze dell'ordine in generale, salvo il caso che l'evento che ha determinato la sospensione, sia occasionato non in ambito lavorativo, ma nella vita privata;*
- 14) *qualora la dichiarazione di cui all'ultimo comma dell'Art. H.5 non venga fornita o, a seguito di un cambiamento di mansioni del soggetto, sia venuto meno il vincolo funzionale tra guida del veicolo e attività svolta;*
- 15) *per il pagamento di multe, ammende, pene e sanzioni pecuniarie.*

Art. H.4
Estensione
territoriale

L'assicurazione opera in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano, ed **esclusivamente per assicurati che abbiano il proprio domicilio o la propria residenza in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.**

Denuncia e gestione del sinistro

Art. H.5
Cosa fare in caso di
sinistro

Il contraente o l'assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, deve dare avviso scritto del sinistro all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui ne abbia avuto conoscenza e possibilità. Per sinistro si intende la notifica del relativo provvedimento di sospensione.

Con la denuncia del sinistro, è richiesta l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora e delle cause del sinistro, con la descrizione del fatto, la precisazione delle conseguenze e l'indicazione di eventuali testimoni (nominativo e domicilio).

Alla denuncia devono essere allegati i documenti ufficiali comprovanti il provvedimento adottato dall'Autorità competente ed i motivi dello stesso. L'assicurato dovrà altresì prestarsi per facilitare le pratiche che TUA intendesse svolgere a suo nome per limitare le conseguenze del provvedimento, ed è tenuto ad inviare immediatamente la documentazione necessaria per il conteggio e la liquidazione dell'indennità spettante al suo datore di lavoro (contraente di polizza).

Con la denuncia il Contraente deve dichiarare che il soggetto destinatario del provvedimento sanzionatorio guida veicoli a motore per motivi strettamente funzionali all'attività svolta.

Art. H.6
Criteri di
indennizzabilità

L'indennità giornaliera decorre dal giorno successivo a quello in cui ha effetto la sospensione della patente e fino al termine del periodo di sospensione stabilito dal provvedimento o fino a quando la patente non venga o restituita o revocata, con un massimo di 180 giorni (ridotto a 90 giorni qualora il motivo della sospensione sia l'eccesso di velocità oltre i 60 Km/h) per sinistro e anno. Ciò anche se la restituzione della patente viene subordinata ad esame di idoneità da parte del titolare della patente stessa. In caso di successiva revoca o di modifica del provvedimento si farà riferimento al provvedimento definitivo.

In caso di ritardata denuncia l'indennità decorrerà soltanto dal giorno successivo a quello della comunicazione a TUA.

Art. H.7
Modalità di
pagamento
dell'indennizzo

Al termine del periodo di indennizzabilità, verificata l'operatività della garanzia e la titolarità dell'interesse assicurato, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, TUA provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dello stesso. È tuttavia in facoltà dell'assicurato di chiedere a TUA che l'indennità venga corrisposta mensilmente.

In caso di imputazione del reato di fuga o di omissione di soccorso l'indennità sarà liquidata dopo che l'assicurato sarà stato prosciolto od assolto.

Il pagamento da parte di TUA all'assicurato, o ai suoi eredi in caso di decesso, viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

Tutela Legale

Premessa

La gestione dei sinistri Tutela Legale è stata da TUA affidata a:

ARAG SE Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
 con sede in Verona, 37135 Viale del Commercio n° 59.
 tel. centralino 045/8290411

fax invio nuove denunce di sinistro 045/8290557
 mail per invio nuove denunce di sinistro: denunce@arag.it
 fax invio successiva documentazione relativa
 alla gestione del sinistro 045/8290449

in seguito denominata ARAG alla quale l'assicurato può rivolgersi direttamente.

L'assicurato può anche usufruire, nell'ambito di tutte le materie previste nella presente polizza, di un **servizio di consulenza telefonica al numero verde 800.508.008** a disposizione in orario di ufficio per ottenere:

- una prima consulenza legale in materia contrattualistica;
- informazioni su leggi, decreti e normative vigenti;
- chiarimenti sul contenuto e sulla portata delle garanzie previste nella presente polizza.

Malpratica e Abusi

Art. 1.1

Oggetto della garanzia

Avvalendosi di ARAG per la gestione dei sinistri, TUA, alle condizioni della presente polizza e **nei limiti del massimale convenuto indicato in polizza**, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, esclusivamente nell'ambito della vita privata, **in relazione ad esami, visite diagnostiche, ricoveri, cure o prestazioni medico-sanitarie**, per:

a) richiesta di risarcimento danni di natura contrattuale ed extracontrattuale per danni alla persona conseguenti a lesioni fisiche subite dall'assicurato in conseguenza di malpractice medica **purchè il valore in lite sia superiore a 500 euro**. La prestazione opera nei casi di azione nei confronti del medico o dell'operatore sanitario che ha eseguito la prestazione medica e/o paramedica.

Inoltre, in caso di invalidità permanente superiore al 10% o morte, derivante dalla prestazione medica o sanitaria ricevuta nel periodo di decorrenza di polizza, verranno garantite:

- b) controversie contrattuali **con valore in lite superiore a 1.500 euro** per danni alla persona conseguenti a lesioni fisiche subite dall'assicurato in conseguenza di malpractice medica. La prestazione opera nei casi di azione nei confronti della struttura sanitaria pubblica o privata dove è stata eseguita la prestazione medica e/o paramedica, nonché dei centri di riabilitazione;
- c) controversie in materia previdenziale ed assistenziale relative ad invalidità permanente superiore al 10% o morte, derivante dalla prestazione medica o sanitaria.

Qualora **l'assicurato/o subisca violenza fisica da cui derivi un infortunio o una malattia**, e abbia sporto querela nei confronti dei terzi responsabili per il reato di percosse (art. 581 cod. pen.), lesioni personali (art. 582 cod. pen.) e/o violenza sessuale (art. 609 cod. pen.), la garanzia di Tutela Legale opera anche per:

d) sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento danni a persone e/o a cose subiti per fatti illeciti di terzi, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale instaurato a carico del danneggiante.

Infine, la garanzia opera per la **redazione dell'atto di istanza per la dichiarazione di assenza o morte presunta dell'assicurato** (art. 49 e 58 cod. civ.) qualora ne sia prevista la possibilità per legge, **nel limite di 2.000 euro per caso assicurativo e non può essere attivata più volte per la dichiarazione di assenza dello stesso soggetto**. La presente garanzia opera in deroga all'Art. 1.2 punto 3).

Gli oneri di cui sopra sono:

- e) le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del caso assicurativo anche quando la vertenza deve essere trattata tramite il coinvolgimento di un organismo di mediazione;
- f) le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'assicurato, o di transazione autorizzata da ARAG ai sensi del successivo Art. 1.8 comma 4;
- g) le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti, purchè scelti in accordo con ARAG ai sensi del successivo Art. 1.8 comma 5;
- h) le spese processuali nel processo penale (art. 535 cod. proc. pen.);
- i) le spese di giustizia;
- j) il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari (L. 23 dicembre 1999, n. 488 art. 9 - D.L. 11.03.2002 n° 28), **se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima**.
- k) le indennità a carico dell'assicurato spettanti all'Organismo di mediazione costituito da un Ente di diritto pubblico oppure da un Organismo privato nei limiti di quanto previsto dalla tabella dei compensi prevista per gli organismi di mediazione costituiti da Enti di diritto pubblico. **Tale indennità è oggetto di copertura assicurativa solo per le controversie riguardanti il risarcimento del danno derivante da**

responsabilità medica in relazione all'ambito di operatività della presente polizza;

- l) le spese per la registrazione degli atti giudiziari;
- m) le spese per indagini per la ricerca di prove a difesa;
- n) le spese dell'arbitro sostenute dall'assicurato qualora sia incaricato un arbitro per la decisione di controversie previste dalla polizza;
- o) le spese di domiciliazione necessarie, **esclusa ogni duplicazione di onorari ed i compensi per la trasferta. Qualora tali oneri siano posti a carico della controparte, ARAG ha diritto al rimborso di quanto eventualmente anticipato.**

È garantito l'intervento di **un unico legale per ogni grado di giudizio**, territorialmente competente ai sensi dell'Art. 1.7 comma 1.

L'assicurato è tenuto a:

- p) **regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme relative alla registrazione degli atti giudiziari e non, i documenti necessari per la gestione del caso assicurativo;**
- q) **ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa.**

Art. 1.2
Esclusioni

Le garanzie previste dall'Art. 1.1, vengono prestate nell'ambito della vita privata **escluse le spese relative a controversie:**

- 1) **di qualsiasi attività di lavoro autonomo, di impresa, di lavoro dipendente e/o altre tipologie di collaborazione;**
 - 2) **in materia fiscale ed amministrativa;**
 - 3) **per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive, o conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme, salvo quanto previsto dall'Art. 1.1 comma 3 per il caso di vittima di violenza fisica e comma 4 per il caso di dichiarazione di assenza o morte presunta dell'assicurato;**
 - 4) **relative a fatti dolosi delle persone assicurate;**
- Inoltre, TUA non si assume il pagamento di:
- 5) **multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere;**
 - 6) **spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali (art. 541 cod. proc. pen.);**
 - 7) **spese per controversie con TUA.**

Le operazioni di esecuzione forzata non vengono ulteriormente garantite nel caso di due esiti negativi.

Non sono oggetto di copertura assicurativa i patti di quota life conclusi tra il contraente e/o l'assicurato ed il legale che stabiliscono compensi professionali.

Norme comuni alla sezione

Art. 1.3
Prestazioni
garantite e soggetti
assicurati

Le garanzie previste dalla presente sezione, vengono prestate a favore dell'assicurato; tuttavia, la garanzia di cui all'Art. 1.1 comma 4 (redazione istanza dichiarazione assenza o morte presunta) viene prestata a favore dei soggetti che alla data del decesso sono presenti sullo stato di famiglia dell'assicurato.

Art. 1.4
Insorgenza del
caso assicurativo

Ai fini della presente sezione, per insorgenza del caso assicurativo si intende:

- a) **per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali - il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento;**
- b) **per l'istanza di dichiarazione di assenza o di morte presunta (prevista dall'Art. 1.1 comma 4) - la data dell'ultima notizia dell'assente ex art. 49 e 58 cod. civ. ;**
- c) **per tutte le restanti ipotesi - il momento in cui l'assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto.**

In presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del caso assicurativo si fa riferimento alla data della prima violazione.

La garanzia assicurativa viene prestata per i casi assicurativi che siano insorti:

- d) **durante il periodo di validità della polizza, se si tratta di esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali, nonché per l'istanza di dichiarazione di assenza o di morte presunta (prevista dall'Art. 1.1 comma 4);**
- e) **trascorsi 3 mesi dalla decorrenza della polizza, in tutte le restanti ipotesi.**

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con TUA, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati, la carenza di 3 mesi non opera per tutte le prestazioni già previste con la polizza precedente, mentre si intende operante a tutti gli effetti per le nuove prestazioni inserite con il presente contratto. Sarà pertanto onere del contraente o dell'assicurato, in sede di denuncia del sinistro, fornire idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza della polizza precedente

con TUA avente le suddette caratteristiche.

Salvo quanto indicato al precedente comma, la garanzia non ha luogo nei casi insorgenti da contratti che nel momento della stipulazione dell'assicurazione fossero stati già disdetti da uno dei contraenti o la cui rescissione, risoluzione o modificazione fosse già stata chiesta da uno dei contraenti.

Si considerano a tutti gli effetti unico caso assicurativo:

- f) vertenze, giudiziali e non, promosse da o contro una o più persone ed aventi per oggetto domande scaturenti da fatti collegati e/o tra loro connessi e/o consequenziali, ad un medesimo contesto riferito all'evento coperto in garanzia;
- g) procedimenti penali indagini o rinvii a giudizio a carico di una o più persone assicurate e dovuti al medesimo evento o fatto.

In tale ipotesi la garanzia viene prestata a favore di tutti gli assicurati coinvolti, ma il relativo massimale resta unico e viene ripartito tra loro, a prescindere dal numero e dagli oneri da ciascuno di essi sopportati.

Art. 1.5
Estensione
territoriale

L'assicurazione vale per i casi assicurativi che insorgono e devono essere trattati nella Repubblica Italiana, nella Città Stato del Vaticano e nella Repubblica di San Marino.

Denuncia e gestione del caso assicurativo

Art. 1.6
Denuncia del caso
assicurativo e
Fornitura dei mezzi
di prova

L'assicurato, rendendosi parte diligente del contratto, deve immediatamente denunciare a TUA (rivolgendosi preferibilmente all'agenzia che ha in carico il contratto) o ad ARAG qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato o ne abbia avuto conoscenza, fatto salvo il termine di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto.

L'assicurato deve informare immediatamente TUA o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del caso assicurativo, nonché indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione.

In mancanza di tali adempimenti, TUA ed ARAG non potranno essere ritenute responsabili di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del caso, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

Le garanzie della presente sezione si estendono ai casi assicurativi che siano insorti durante il periodo di validità del contratto e che siano stati denunciati a TUA o ad ARAG, entro 24 mesi (ex art. 2952 cod. civ.) dalla cessazione del contratto stesso.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con TUA, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati, il termine di denuncia dei sinistri insorti durante la vigenza della polizza precedente, decorre dalla cessazione della presente polizza anziché dalla cessazione della polizza precedente.

Art. 1.7
Libera scelta del
legale

L'assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei suoi interessi, iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo a TUA o ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo.

Se l'assicurato non fornisce tale indicazione, TUA o ARAG lo invita a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale.

L'assicurato deve in ogni caso conferire regolare mandato per la gestione della controversia al legale così individuato nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari per permettere a TUA o ad ARAG di dare seguito alla difesa dei suoi diritti ed interessi.

L'assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con TUA o ARAG.

TUA ed ARAG non sono responsabili dell'operato dei legali.

Art. 1.8
Gestione del caso
assicurativo

Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, ARAG si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia.

Ove ciò non riesca, se le pretese dell'assicurato risultino fondate e sostenibili sulla base di una preliminare valutazione scritta condotta tra ARAG ed il legale scelto a norma dell'Art. 1.7, la pratica verrà affidata a detto legale.

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale se l'impugnazione risulti fondata e sostenibile sulla base di una valutazione concordata tra ARAG ed il legale incaricato.

L'assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziarica che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG.

L'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di Periti in genere viene concordata con ARAG.

ARAG così come TUA, non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti in genere.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'assicurato e TUA o ARAG, la decisione può essere demandata, fermo il diritto dell'assicurato di adire le vie giudiziarie, ad un



arbitro che decide secondo equità.

L'arbitro viene designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.

Ciascuna delle Parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

TUA avverte l'assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

Art. 1.9

Recupero di
somme – Facoltà di
rivalsa e surroga

Spettano integralmente all'assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

Ad ARAG, che ha la facoltà di rivalsa nei confronti dell'assicurato, spettano la restituzione degli onorari, delle competenze e delle spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente o stragiudizialmente, qualora le abbia sostenute o anticipate, nella misura in cui le stesse siano state recuperate dalla controparte.

In ogni caso l'assicurato, ai sensi dell'art. 1916 cod. civ., cede ad ARAG tutti i diritti a conseguire da terzi il rimborso delle spese sostenute a qualsiasi titolo, acconsentendo altresì all'esercizio delle relative azioni.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tabella A - Invalidità permanente da infortunio maggiorata franchigia 3%

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0	14	13	27	34	40	70
2	0	15	15	28	36	41	73
3	0	16	16	29	38	42	76
4	1	17	17	30	40	43	79
5	2	18	18	31	43	44	82
6	3	19	19	32	46	45	85
7	4	20	20	33	49	46	88
8	5	21	22	34	52	47	91
9	6	22	24	35	55	48	94
10	7	23	26	36	58	49	97
11	8,5	24	28	37	61		
12	10	25	30	38	64		
13	11,5	26	32	39	67		
						da 50 a 100	Doppio del grado di IP accertato

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tabella B - Invalidità permanente da infortunio maggiorata franchigia 5%

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0	14	13	27	34	40	70
2	0	15	15	28	36	41	73
3	0	16	16	29	38	42	76
4	0	17	17	30	40	43	79
5	0	18	18	31	43	44	82
6	1	19	19	32	46	45	85
7	2	20	20	33	49	46	88
8	3	21	22	34	52	47	91
9	4	22	24	35	55	48	94
10	5	23	26	36	58	49	97
11	7	24	28	37	61		
12	9	25	30	38	64	da 50 a 100	Doppio del grado di IP accertato
13	11	26	32	39	67		

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tabella C - Invalidità permanente da infortunio maggiorata franchigia 10%

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0	14	12	27	34	40	70
2	0	15	15	28	36	41	73
3	0	16	16	29	38	42	76
4	0	17	17	30	40	43	79
5	0	18	18	31	43	44	82
6	0	19	19	32	46	45	85
7	0	20	20	33	49	46	88
8	0	21	22	34	52	47	91
9	0	22	24	35	55	48	94
10	0	23	26	36	58	49	97
11	3	24	28	37	61		
12	6	25	30	38	64	da 50 a 100	Doppio del grado di IP accertato
13	9	26	32	39	67		

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tabella D - Invalidità permanente da infortunio franchigia 3% assorbibile

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0	16	16	31	42	46	72
2	0	17	17	32	44	47	74
3	0	18	18	33	46	48	76
4	1	19	19	34	48	49	78
5	2	20	20	35	50	50	80
6	3	21	22	36	52	51	82
7	4	22	24	37	54	52	84
8	5	23	26	38	56	53	86
9	6	24	28	39	58	54	88
10	7	25	30	40	60	55	90
11	8,5	26	32	41	62	56	92
12	10	27	34	42	64	57	94
13	11,5	28	36	43	66	58	96
14	13	29	38	44	68	59	98
15	15	30	40	45	70	da 60 a 100	100

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tabella E - Invalidità permanente da infortunio franchigia 5% assorbibile

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0	16	16	31	42	46	72
2	0	17	17	32	44	47	74
3	0	18	18	33	46	48	76
4	0	19	19	34	48	49	78
5	0	20	20	35	50	50	80
6	1	21	22	36	52	51	82
7	2	22	24	37	54	52	84
8	3	23	26	38	56	53	86
9	4	24	28	39	58	54	88
10	5	25	30	40	60	55	90
11	7	26	32	41	62	56	92
12	9	27	34	42	64	57	94
13	11	28	36	43	66	58	96
14	13	29	38	44	68	59	98
15	15	30	40	45	70	da 60 a 100	100

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tabella F - Invalidità permanente da infortunio franchigia 10% assorbibile

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0	16	16	31	42	46	72
2	0	17	17	32	44	47	74
3	0	18	18	33	46	48	76
4	0	19	19	34	48	49	78
5	0	20	20	35	50	50	80
6	0	21	22	36	52	51	82
7	0	22	24	37	54	52	84
8	0	23	26	38	56	53	86
9	0	24	28	39	58	54	88
10	0	25	30	40	60	55	90
11	3	26	32	41	62	56	92
12	6	27	34	42	64	57	94
13	9	28	36	43	66	58	96
14	12	29	38	44	68	59	98
15	15	30	40	45	70	da 60 a 100	100

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tabella G - Invalidità permanente da malattia

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
fino a 24	nessun indennizzo	34	21	45	43	56	68
25	5	35	23	46	45	57	71
26	6	36	25	47	47	58	74
27	7	37	27	48	49	59	77
28	9	38	29	49	51	60	80
29	11	39	31	50	53	61	83
30	13	40	33	51	55	62	86
31	15	41	35	52	57	63	89
32	17	42	37	53	59	64	92
33	19	43	39	54	62	65	95
		44	41	55	65	da 66 a 100	100

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tabella H - Invalidità permanente da infortunio sopravvalutata

Perdita totale, anatomica o funzionale:	%
Del braccio o della mano	100%
Del pollice	60%
Della falange del pollice	40%
Dell'indice	60%
Della falange dell'indice	40%
Del medio	30%
Della falange del medio	20%
Dell'anulare	15%
Del mignolo	15%
Percentuale massima per la perdita totale del pollice, indice e medio di una mano o di due delle dita anzidette	80%
Della facoltà visiva di un occhio	50%
Della facoltà auditiva di ambedue le orecchie	75%
Della facoltà auditiva di un orecchio	20%

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tabella I – Classificazione delle attività (per le garanzie infortuni - 24 ore o professionale)

La tabella riporta la classificazione delle attività identificate con un numero progressivo da 1 a 4 in relazione al crescente grado di rischio, in base al quale è stato valutato il rischio (Art. A.34). Le attività assicurabili, ferme le esclusioni di cui all'Art. A.28, si distinguono secondo quanto segue:

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio	Codice	Classe rischio	Descrizione rischio	Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
2-001	2	Accordatore di pianoforti			motocari, ciclomotori	4-012	4	Carbonaio
1-001	1	Agente di assicurazione e broker			trasporto cose (con carico e scarico)	3-012	3	Cardatore di lana e cotone
1-002	1	Agente di cambio e di borsa	2-016	2	Autista: autocarri fino 35 q.li, motocarri, ciclomotori trasporto cose (senza carico e scarico)	4-013	4	Carpentiere in legno o ferro
2-002	2	Agente di commercio che viaggia	3-006	3	Autista: autocarri oltre 35 q.li, macchine agricole	4-014	4	Carrozziere di autoveicoli
1-003	1	Agente di commercio occupato in ufficio	2-017	2	Autista: autovetture, autotassametri	3-013	3	Cartaio
1-004	1	Agente di pubblicità	4-006	4	Autista: motocicli e ciclomotori	3-014	3	Cartotecnico
1-005	1	Agente immobiliare	2-018	2	Autolavaggio automatico, senza lavoro manuale	2-029	2	Casalinga
4-001	4	Agricoltore che lavora manualmente o nei campi	3-007	3	Autolavaggio con lavoro manuale	4-015	4	Casaro con allevamento di animali
2-003	2	Agricoltore che non prende parte ai lavori	4-007	4	Autorimesse e/o gommista con o senza distributore / autolavaggio	3-015	3	Casaro senza allevamento di animali
2-004	2	Agronomo	1-014	1	Autotrasportatore (titolare impresa) senza lavoro manuale	2-030	2	Casellante
2-005	2	Albergatore - servizi alberghieri	4-008	4	Autotrasportatore anche di veicoli con carico scarico	1-022	1	Cassiere / bigliettaio non armato
1-006	1	Albergatore solo ufficio	1-015	1	Avvocato o procuratore legale	4-016	4	Cementiere
2-006	2	Allenatore sportivo (di sport non esclusi)	2-019	2	Badante / baby sitter	1-023	1	Centralinista
3-001	3	Allevatore di animali non equini-bovini-suini con lavoro manuale	2-020	2	Bagnino	3-016	3	Ceramista (in laboratorio) / maioliche / porcellane
2-007	2	Allevatore di animali senza lavoro manuale	2-021	2	Ballerino	2-031	2	Cesellatore
4-002	4	Allevatore di equini-bovini-suini con lavoro manuale	2-022	2	Bar / birreria / enoteca	3-017	3	Cestaio
1-007	1	Ambasciatore in europa	1-016	1	Barbiere / parrucchiere	3-018	3	Chimico
1-008	1	Amministratore di beni propri ed altrui	2-023	2	Benestante / senza particolari occupazioni	2-032	2	Cinema e teatro - addetto
2-008	2	Analista chimico	3-008	3	Berrettaio / cappellaio	1-024	1	Cinema e teatro - gestore
2-009	2	Animatore villaggi, feste	1-017	1	Bidello	4-017	4	Cinghiao
4-003	4	Antennista (installatore di antenne radio - tv)	2-024	2	Bigiotterie	1-025	1	Clero
1-009	1	Antiquario, senza restauro	1-018	1	Biologo	4-018	4	Coltivatore diretto
3-002	3	Archeologo	4-009	4	Boscaiolo - silvicoltore	1-026	1	Commercialista
2-010	2	Architetto (anche all'esterno)	2-025	2	Botanico	2-033	2	Commerciante ambulante
1-010	1	Architetto (solo ufficio o d'interni)	4-010	4	Bottaio	2-034	2	Commerciante che partecipa al lavoro di magazzino
1-011	1	Archivista	3-009	3	Bottoni (fabbricante)	2-035	2	Commerciante con lavoro manuale occasionale
3-003	3	Armaiuolo	4-011	4	Bronzista / brunitorista / cromatorista / nichelatorista / ottonista / ramierista	1-027	1	Commerciante senza lavoro manuale
3-004	3	Arrotino	3-010	3	Caldaista	2-036	2	Concessionario auto / moto
2-011	2	Artigiano proprietario (senza lavoro manuale)	1-019	1	Callista / pedicure / manicure	4-019	4	Conciapelli (con uso di macchine)
2-012	2	Artista generico	2-026	2	Calzolaio	3-019	3	Conciapelli (senza uso di macchine)
4-004	4	Ascensori e montacarichi	2-027	2	Cameraman anche all'esterno	2-037	2	Confezioni tessili
4-005	4	Asfaltatore	1-020	1	Cameraman solo in studio	1-028	1	Console in europa
1-012	1	Assistente di vendita	2-028	2	Cameriere	1-029	1	Consulente del Lavoro e consulente in genere, prevalentemente in ufficio
1-013	1	Assistente di volo a terra	1-021	1	Cantante	2-038	2	Consulente esterno che prevalentemente viaggia
2-013	2	Assistente sociale	3-011	3	Capomastro	3-020	3	Cordaiolo
2-014	2	Attore (escluso stuntman)				3-021	3	Corniciaio
2-015	2	Ausiliario socio sanitario				2-039	2	Cuoco
3-005	3	Autista: autobus, autocarri fino 35 q.li,				2-040	2	Custode

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
3-022	3	Decoratore (di interni)
4-020	4	Decoratore su impalcature
1-030	1	Dipendente senza lavoro manuale
1-031	1	Diplomantico in europa
1-032	1	Direttore artistico
1-033	1	Direttore didattico
1-034	1	Direttore d'orchestra
1-035	1	Direttore negozio
1-036	1	Disegnatore
3-023	3	Disinfestatore - derattizzazione
2-041	2	Disk jockey
3-024	3	Distillatore
2-042	2	Distributore carburante
2-043	2	Distributore carburante con autolavaggio automatico
3-025	3	Distributore carburante con autolavaggio manuale
3-026	3	Distributori automatici - installazione e manutenzione
2-044	2	Distributori automatici - riempimento
2-045	2	Domestico / domestica / colf
4-021	4	Ebanista
1-037	1	Editore
4-022	4	Eletrauto
3-027	3	Elettricista
4-023	4	Elettricista (addeito alta tensione o su impalcature / ponteggi)
3-028	3	Elettrotecnico
2-046	2	Enologo ed enotecnico
4-024	4	Escavatorista
1-038	1	Estetista
4-025	4	Fabbro anche su impalcature e ponteggi
3-029	3	Fabbro solo a terra
3-030	3	Facchino merci (carico e scarico)
4-026	4	Facchino merci (carico e scarico) in porto
4-027	4	Falegname
1-039	1	Farmacista
2-047	2	Fattorino
4-028	4	Fattorino uso moto /motorino/pony express
2-048	2	Ferrovìa - personale viaggiante
3-031	3	Ferroviere - autotranviere
2-049	2	Fisico
2-050	2	Fisioterapista
3-032	3	Floricoltore
4-029	4	Fonditore
4-030	4	Forestale
3-033	3	Fornaio
2-051	2	Fotoceramista
2-052	2	Fotografo anche d'esterno
2-053	2	Fotografo inviato (in europa, nord america, oceania, giappone)
4-031	4	Fotografo inviato (mondo intero)

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
1-040	1	Fotografo solo in studio
1-041	1	Fotomodello
4-032	4	Frantumatore
4-033	4	Frigorista
4-034	4	Fuochisti
2-054	2	Gelataio - produzione
3-034	3	Geologo occupato anche all'esterno
1-042	1	Geologo occupato solo in ufficio
4-035	4	Giardiniera, vivaista - con abbattimento e potatura alberi
3-035	3	Giardiniera, vivaista - no abbattimento e potatura alberi
1-043	1	Giornalaio
1-044	1	Giornalista occupato in ufficio
2-055	2	Giornalista viaggiante, cronista, inviato (in europa, nord america, oceania, giappone)
4-036	4	Giornalista viaggiante, cronista, inviato (mondo intero)
1-045	1	Grafico e stilista
3-036	3	Guantaio
2-056	2	Guardia campestre
4-037	4	Guardia forestale (con lavoro manuale)
2-057	2	Guardia forestale (no lavoro manuale)
4-038	4	Guardia notturna / giurata
2-058	2	Guardiacaccia
2-059	2	Guardiapesca
2-060	2	Guida turistica
4-039	4	Idraulico anche su impalcature e ponteggi
3-037	3	Idraulico in interni
4-040	4	Imballatore
4-041	4	Imbianchino (di esterni) su impalcature e ponteggi
3-038	3	Imbianchino (solo interni)
4-042	4	Impalcature e ponteggi - uso di . . .
2-061	2	Impiegato amministrativo con mansioni esterne
1-046	1	Impiegato amministrativo in genere (solo ufficio)
2-062	2	Impiegato con mansioni anche all'esterno
2-063	2	Impiegato tecnico
2-064	2	Imprenditore (con accesso ad esterni, cantieri, ambienti lavoro manuale) no lavoro manuale
3-039	3	Imprenditore (con accesso ad esterni, cantieri, ambienti lavoro manuale), lavoro manuale occasionale
4-043	4	Imprenditore (con lavoro manuale)

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
1-047	1	Imprenditore (solo lavoro d'ufficio no accesso ambienti lavoro, esterno o cantieri)
3-040	3	Incisore
1-048	1	Indossatore
2-065	2	Infermiere professionale
1-049	1	Insegn. Materie non sperimentali o professionali
2-066	2	Insegn. Materie sperimentali o prof.li anche laboratori
4-044	4	Insegnante arti marziali, lotta nelle varie forme
2-067	2	Insegnante di ballo
4-045	4	Insegnante di equitazione
1-050	1	Insegnante di musica
2-068	2	Insegnante educazione fisica e sport non esclusi
3-041	3	Insegne prod. / install. (no impalcature e ponteggi)
4-046	4	Insegne prod. / install. (si impalcature e ponteggi)
4-047	4	Installatore elettrodomestici / mobili / radio / tv / telefonia / impianti (anche esterno e ponteggi)
2-069	2	Installatore elettrodomestici / radio / tv / telefonia (solo interno)
4-048	4	Installatore impianti civili, industriali e commerciali (esterno ed interno)
3-042	3	Installatore mobili / impianti civili (solo interno)
1-051	1	Interprete
3-043	3	Investigatore privato
2-070	2	Istruttore di pratica (guida) di scuola guida
1-052	1	Istruttore di teoria di scuola guida
4-049	4	Laminatore
4-050	4	Latteria - produzione latte
4-051	4	Lattiniere anche su impalcature e ponteggi
2-071	2	Lavanderie - stileria
2-072	2	Lavoro intellettuale con accesso ad esterni, cantieri, ambienti lavoro manuale)
3-044	3	Lavoro intellettuale con accesso ad esterni, cantieri, ambienti lavoro manuale), lavoro manuale occasionale
2-073	2	Lavoro intellettuale con viaggi e spostamenti frequenti
1-053	1	Lavoro intellettuale (compreso Libero Professionista) con solo lavoro d'ufficio (no esterni, cantieri)

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
2-074	2	Legatore
3-045	3	Linotipista
2-075	2	Litografo
4-052	4	Lucidat. Marmi / scapellino / mattonaio / pavim. Strade
3-046	3	Macchinista ferrovie / tramvie
4-053	4	Macellatore
3-047	3	Magazziniere
1-054	1	Magistrato
2-076	2	Magliacia
4-054	4	Maniscalco-sellaio
3-048	3	Marmista / pavimentista / piastrellista posatore solo a terra
4-055	4	Marmista anche su impalcature e ponteggi
2-077	2	Massaggiatore
1-055	1	Matematico
3-049	3	Materassaio
4-056	4	Meccanico (dipendente)
4-057	4	Meccanico (montatore / riparatore)
2-078	2	Mediatore di bestiame
1-056	1	Mediatore in genere (escluso bestiame)
1-057	1	Medico chirurgo o specialista
1-058	1	Medico dentista
1-059	1	Medico esercente la sola medicina int. / condotto
1-060	1	Medico psicanalista
2-079	2	Medico radiologo
2-080	2	Merlettai
2-081	2	Militari solo compiti amministrativi e d'ufficio (in italia)
4-058	4	Mobiliere: fabbricazione mobili
1-061	1	Modellista in carta
4-059	4	Modellista in ferro e legno
2-082	2	Modista
4-060	4	Montatore di macchine
3-050	3	Mosaicista (solo a terra)
4-061	4	Mosaicista (su impalcature)
4-062	4	Muratore
1-062	1	Musicista
2-083	2	Necroforo addetto alle pompe funebri
3-051	3	Necroforo addetto sepoltura e manutenzione tombe
1-063	1	Negozi abiti, confezioni, mercerie, pellicce, tessuti
1-064	1	Negozi cartoleria / libreria
1-065	1	Negozi di articoli in pelle-calzature
2-084	2	Negozi di casalinghi / armi
2-085	2	Negozi elettrod. / mobili / igien.-sanit.(no install.)
2-086	2	Negozi ferramenta / colori e vernici / accessori auto

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
1-066	1	Negozi fotografia, ottica, dischi, strumenti musicali, elettronica
2-087	2	Negozi frutta e verdura / fiori e piante
1-067	1	Negozi giocattoli / articoli sportivi / animali domestici
3-053	3	Negozi macellerie (solo rivendita)
1-068	1	Negozi oreficerie-orologerie-gioiellerie
1-069	1	Negozi pane / latte / pasticceria / gelateria solo rivendita
2-088	2	Negozi salumi / rosticc. / pescherie
2-089	2	Negozi supermercato (escluso magazzino)
1-070	1	Negozi tabaccher. / profum. / drogherie / vini e liquori
1-071	1	Notaio
2-090	2	Odontotecnico
3-054	3	Ombrellaio
3-055	3	Operaio con uso di macchine (escluso settore edile)
4-063	4	Operaio con uso di ponteggi e impalcature
4-064	4	Operaio edile
2-091	2	Operaio senza uso di macchine
1-072	1	Operatore call center o data entry
3-056	3	Operatore ecologico
2-092	2	Orafo
1-073	1	Orologiaio riparatore
3-057	3	Ortopedico (fabbricanti di apparecchi)
2-093	2	Ostetrica
2-094	2	Offico (fabbricante e riparatore)
3-058	3	Panettiere - produzione
4-065	4	Parafulmini (fabbricante e posatore)
2-095	2	Parrucchiere da donna
2-096	2	Pasticcere - produzione
4-066	4	Pastore
3-059	3	Pellettiere / pellicciaio
2-097	2	Pensionato
3-060	3	Perito agrario / industriale
2-098	2	Perito (escluso agrario o industriale), Libero Professionista (compresi Ingegnere e Geometra) occupato all'esterno
1-074	1	Personale amministrativo in ufficio
3-061	3	Personale di bordo senza lavoro manuale
1-075	1	Pittore
2-099	2	Polizia solo compiti amministrativi e d'ufficio
2-100	2	Pompe funebri con trasporti e addobbi
1-076	1	Pompe funebri no trasporti o addobbi
2-101	2	Portabagagli

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
3-062	3	Portavalori
2-102	2	Portiere - portinaio
3-063	3	Portuale (no facchino)
2-103	2	Poste - consegne a piedi - in auto - bicicletta
3-064	3	Poste - consegne moto - motorino
1-077	1	Poste - ufficio
2-104	2	Posteggiatore
2-105	2	Procacciatore d'affari
1-079	1	Professore materie non sperimentali o professionali
2-107	2	Professore materie sperimentali o prof.li anche laboratori
1-080	1	Programmatore sistemi elettronici-meccanografici
2-108	2	Promotore finanziario
1-081	1	Psicologo
2-109	2	Pubblicista
4-068	4	Pulitore (di esterni uso ponteggi e impalcature)
3-066	3	Pulitore (di interni)
3-067	3	Radiotecnico (senza posa antenne)
2-110	2	Rammendatrice / ricamatrice / filatrice
3-068	3	Rappresentante (con carico e scarico)
2-111	2	Rappresentante (senza carico e scarico)
1-082	1	Regista
4-069	4	Restauratore anche su ponteggi o impalcature
4-070	4	Restauratore di mobili
2-112	2	Restauratore di oggetti, no mobili
3-069	3	Restauratore fabbricati in interno no ponteggi o impalcature
3-070	3	Riparatore elettrodomestici e casalinghi
1-078	1	Rischio di classe 1 - indicata in calce
2-106	2	Rischio di classe 2 - indicata in calce
3-065	3	Rischio di classe 3 - indicata in calce
4-067	4	Rischio di classe 4 - indicata in calce
2-113	2	Ristoranti / trattorie / pizzerie
4-071	4	Rupista
1-083	1	Sacrestano
4-072	4	Saldatore
2-114	2	Sarto-sarta
1-084	1	Scrittore
3-071	3	Scultore
4-073	4	Spazzacamino
4-074	4	Specchi (fabbricante)
1-085	1	Spedizionario (solo ufficio)
2-115	2	Spedizionario anche presso magazzini e scali
3-072	3	Strumentazione (fabbricante e riparatore)

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
3-073	3	Strumenti musicali (fabbricante e riparatore)
1-086	1	Studente
4-075	4	Tappezziere (di esterni) su impalcature e ponteggi
3-074	3	Tappezziere (in interni)
2-116	2	Tecnico sanitario
1-087	1	Telefonista
4-076	4	Tende, veneziane, serramenti prod / install. (con ponteggi e impalcature)
3-075	3	Tende, veneziane, serramenti prod / install. Solo interno

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
3-076	3	Terracotta (fabbricante)
3-077	3	Tessitore (con uso di macchine)
2-117	2	Tessitore (senza uso di macchine)
3-078	3	Timbri (fabbricante)
3-079	3	Tinaio (fabbricante)
3-080	3	Tintore
3-081	3	Tipografo
3-082	3	Tornitore
1-088	1	Traduttore
4-077	4	Trattorista
2-118	2	Ufficiale giudiziario
1-089	1	Uscere d'albergo
3-083	3	Veterinario anche in macelli, allevamenti

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
2-119	2	Veterinario solo animali affezione
4-078	4	Vetraio (di esterni) su impalcature e ponteggi
3-084	3	Vetraio (in interni)
2-120	2	Vetrinista
4-079	4	Vetro - lavorazione anche con forno
4-080	4	Vigile del fuoco
3-085	3	Vigile urbano
1-090	1	Vigile urbano - solo compiti amministrativi e ufficio
3-086	3	Vinificatore
4-081	4	Vulcanizzatore

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tabella 1 – Aggiornamento del premio all'età degli assicurati (partite Grandi cure – Alta diagnosi – IPM)

Sono riportate nella seguente tabella le percentuali di variazione annuale del premio imponibile rispetto a quello dell'anno che precede, da utilizzarsi per l'aggiornamento del premio all'età degli assicurati secondo quanto disciplinato dall'Art. 10.

GRANDI CURE

Età assicurato alla scadenza annuale	%								
1	1,434%	16	2,615%	31	1,973%	46	2,450%	61	3,433%
2	1,657%	17	2,734%	32	1,929%	47	2,388%	62	3,453%
3	1,390%	18	3,413%	33	2,000%	48	2,564%	63	3,506%
4	1,598%	19	3,748%	34	2,056%	49	2,592%	64	3,530%
5	1,582%	20	3,107%	35	2,034%	50	2,891%	65	3,582%
6	1,769%	21	3,144%	36	1,975%	51	2,846%	66	3,508%
7	1,531%	22	2,865%	37	2,347%	52	2,898%	67	3,813%
8	1,712%	23	2,286%	38	1,703%	53	3,031%	68	3,731%
9	1,901%	24	1,584%	39	2,505%	54	3,126%	69	3,652%
10	1,651%	25	1,565%	40	2,727%	55	3,174%	70	3,761%
11	1,835%	26	1,927%	41	2,547%	56	3,180%	71	3,729%
12	1,802%	27	1,787%	42	2,387%	57	3,023%	72	3,737%
13	1,973%	28	1,638%	43	2,709%	58	3,040%	73	3,747%
14	1,919%	29	2,087%	44	2,733%	59	3,159%	74	3,756%
15	2,477%	30	2,007%	45	2,392%	60	3,378%	75	3,765%

ALTA DIAGNOSI

Età assicurato alla scadenza annuale	%								
1	1,440%	16	2,621%	31	1,977%	46	2,452%	61	3,434%
2	1,659%	17	2,724%	32	1,930%	47	2,387%	62	3,454%
3	1,379%	18	3,413%	33	1,992%	48	2,567%	63	3,504%
4	1,609%	19	3,754%	34	2,059%	49	2,589%	64	3,530%
5	1,584%	20	3,098%	35	2,034%	50	2,892%	65	3,584%
6	1,768%	21	3,154%	36	1,969%	51	2,846%	66	3,507%
7	1,516%	22	2,857%	37	2,353%	52	2,898%	67	3,814%
8	1,712%	23	2,292%	38	1,700%	53	3,033%	68	3,729%
9	1,912%	24	1,585%	39	2,507%	54	3,127%	69	3,653%
10	1,651%	25	1,571%	40	2,726%	55	3,173%	70	3,761%
11	1,831%	26	1,925%	41	2,547%	56	3,176%	71	3,728%
12	1,798%	27	1,779%	42	2,381%	57	3,025%	72	3,738%
13	1,980%	28	1,639%	43	2,714%	58	3,041%	73	3,745%
14	1,914%	29	2,088%	44	2,734%	59	3,159%	74	3,757%
15	2,481%	30	2,008%	45	2,388%	60	3,380%	75	3,765%

IPM

Età assicurato alla scadenza annuale	%								
1	1,600%	14	2,146%	27	2,148%	40	3,683%	53	3,955%
2	1,575%	15	1,681%	28	1,791%	41	3,552%	54	4,008%
3	1,550%	16	2,273%	29	2,295%	42	3,430%	55	4,082%
4	1,527%	17	2,222%	30	2,767%	43	3,724%	56	4,142%
5	1,504%	18	2,174%	31	2,620%	44	3,492%	57	3,977%
6	1,852%	19	2,901%	32	2,695%	45	3,660%	58	4,057%
7	1,455%	20	2,068%	33	2,762%	46	3,622%	59	4,233%
8	1,912%	21	2,762%	34	2,755%	47	3,717%	60	4,114%
9	1,876%	22	2,330%	35	2,878%	48	3,968%	61	4,285%
10	1,841%	23	3,152%	36	2,797%	49	3,693%	62	4,183%
11	1,808%	24	2,207%	37	3,216%	50	3,997%	63	4,299%
12	1,776%	25	1,910%	38	2,217%	51	3,691%	64	4,257%
13	1,636%	26	2,445%	39	3,458%	52	3,927%	65	4,301%

Tabella 2 – Aggiornamento del premio all'età degli assicurati (partite Cure mediche - Cure pre e post ricovero - Integrazione SSN - Visite mediche - Indennità per ricovero)

Sono riportate nella seguente tabella le percentuali di variazione annuale del premio imponibile rispetto a quello dell'anno che precede, da utilizzarsi per l'aggiornamento del premio all'età degli assicurati, secondo quanto disciplinato dall'Art. 10.

CURE MEDICHE – INTEGRAZIONE SSN

Età assicurato alla scadenza annuale	Cure Mediche %	ISSN %	Età assicurato alla scadenza annuale	Cure Mediche %	ISSN %	Età assicurato alla scadenza annuale	Cure Mediche %	ISSN %	Età assicurato alla scadenza annuale	Cure Mediche %	ISSN %
1	2,122%	2,126%	20	3,850%	3,840%	39	2,047%	2,029%	58	3,337%	3,337%
2	2,348%	2,372%	21	3,993%	4,028%	40	2,256%	2,261%	59	3,298%	3,280%
3	2,034%	2,033%	22	3,659%	3,663%	41	2,375%	2,361%	60	3,615%	3,610%
4	2,172%	2,194%	23	2,946%	2,982%	42	2,315%	2,290%	61	3,675%	3,662%
5	2,126%	2,011%	24	2,772%	2,758%	43	2,588%	2,592%	62	3,651%	3,646%
6	1,939%	1,986%	25	2,948%	2,952%	44	2,453%	2,451%	63	3,711%	3,707%
7	2,117%	2,136%	26	3,188%	3,202%	45	2,367%	2,345%	64	3,785%	3,768%
8	3,604%	3,599%	27	3,060%	3,050%	46	3,140%	3,119%	65	3,758%	3,749%
9	4,196%	4,230%	28	0,905%	0,914%	47	2,838%	2,840%	66	2,832%	2,844%
10	4,007%	3,992%	29	1,035%	1,027%	48	2,889%	2,873%	67	2,841%	2,863%
11	2,197%	2,154%	30	0,979%	0,959%	49	3,008%	2,986%	68	2,933%	2,918%
12	2,970%	2,964%	31	0,975%	0,975%	50	3,139%	3,133%	69	2,707%	2,726%
13	2,658%	2,662%	32	0,959%	0,966%	51	3,305%	3,303%	70	2,465%	2,467%
14	4,607%	4,635%	33	0,794%	0,791%	52	3,309%	3,297%	71	2,660%	2,664%
15	2,927%	2,938%	34	0,943%	0,925%	53	3,423%	3,416%	72	2,666%	2,667%
16	3,133%	3,105%	35	0,264%	0,247%	54	2,900%	2,901%	73	2,671%	2,678%
17	3,583%	3,592%	36	-0,232%	-0,247%	55	4,198%	4,217%	74	2,677%	2,696%
18	17,041%	17,063%	37	-0,071%	-0,084%	56	3,319%	3,323%	75	2,682%	2,683%
19	4,322%	4,365%	38	-0,079%	-0,084%	57	3,359%	3,336%			

CURE MEDICHE PRE E POST RICOVERO

Età assicurato alla scadenza annuale	Scoperto Pagamento diretto:		Età assicurato alla scadenza annuale	Scoperto Pagamento diretto:		Età assicurato alla scadenza annuale	Scoperto Pagamento diretto:		Età assicurato alla scadenza annuale	Scoperto Pagamento diretto:	
	0% A	30% A									
	Rimborso: 20%	Rimborso: 50%									
1	2,119%	2,137%	20	3,848%	3,835%	39	2,046%	2,054%	58	3,337%	3,338%
2	2,356%	2,333%	21	3,996%	3,984%	40	2,251%	2,252%	59	3,298%	3,295%
3	2,027%	2,045%	22	3,656%	3,667%	41	2,380%	2,375%	60	3,614%	3,616%
4	2,173%	2,168%	23	2,948%	2,950%	42	2,317%	2,319%	61	3,671%	3,678%
5	2,127%	2,122%	24	2,776%	2,773%	43	2,590%	2,584%	62	3,651%	3,651%
6	1,944%	1,952%	25	2,946%	2,953%	44	2,445%	2,450%	63	3,712%	3,711%
7	2,101%	2,100%	26	3,183%	3,189%	45	2,366%	2,369%	64	3,785%	3,784%
8	3,620%	3,630%	27	3,058%	3,048%	46	3,143%	3,144%	65	3,757%	3,756%
9	4,193%	4,203%	28	0,914%	0,917%	47	2,841%	2,837%	66	2,832%	2,835%
10	4,006%	4,006%	29	1,034%	1,031%	48	2,892%	2,892%	67	2,840%	2,838%
11	2,189%	2,182%	30	0,973%	0,980%	49	3,006%	3,001%	68	2,936%	2,935%
12	2,972%	2,952%	31	0,972%	0,971%	50	3,139%	3,137%	69	2,706%	2,707%
13	2,661%	2,663%	32	0,963%	0,962%	51	3,304%	3,305%	70	2,464%	2,460%
14	4,603%	4,613%	33	0,797%	0,796%	52	3,307%	3,318%	71	2,661%	2,661%
15	2,928%	2,932%	34	0,938%	0,932%	53	3,424%	3,414%	72	2,667%	2,673%
16	3,137%	3,150%	35	0,267%	0,269%	54	2,902%	2,909%	73	2,671%	2,668%
17	3,579%	3,570%	36	-0,234%	-0,230%	55	4,194%	4,195%	74	2,676%	2,676%
18	17,045%	17,039%	37	-0,065%	-0,077%	56	3,318%	3,318%	75	2,681%	2,681%
19	4,317%	4,334%	38	-0,081%	-0,077%	57	3,362%	3,357%			

VISITE MEDICHE

Età assicurato alla scadenza annuale	Scoperto Pagamento diretto: 0%		Età assicurato alla scadenza annuale	Scoperto Pagamento diretto: 0%		Età assicurato alla scadenza annuale	Scoperto Pagamento diretto: 0%		Età assicurato alla scadenza annuale	Scoperto Pagamento diretto: 0%	
	A	Rimborso: 20%		A	Rimborso: 50%		A	Rimborso: 20%		A	Rimborso: 50%
1	2,119%	2,124%	20	3,850%	3,849%	39	2,045%	2,043%	58	3,337%	3,339%
2	2,352%	2,340%	21	3,993%	3,991%	40	2,257%	2,257%	59	3,297%	3,297%
3	2,027%	2,033%	22	3,660%	3,663%	41	2,374%	2,375%	60	3,616%	3,615%
4	2,176%	2,175%	23	2,946%	2,941%	42	2,316%	2,314%	61	3,672%	3,672%
5	2,121%	2,128%	24	2,769%	2,771%	43	2,588%	2,594%	62	3,651%	3,651%
6	1,950%	1,941%	25	2,949%	2,954%	44	2,453%	2,453%	63	3,712%	3,712%
7	2,108%	2,122%	26	3,187%	3,186%	45	2,366%	2,366%	64	3,784%	3,784%
8	3,606%	3,606%	27	3,060%	3,059%	46	3,141%	3,139%	65	3,757%	3,758%
9	4,204%	4,189%	28	0,907%	0,906%	47	2,838%	2,840%	66	2,832%	2,833%
10	4,002%	4,006%	29	1,036%	1,035%	48	2,890%	2,886%	67	2,842%	2,841%
11	2,196%	2,205%	30	0,979%	0,977%	49	3,005%	3,007%	68	2,933%	2,934%
12	2,968%	2,956%	31	0,973%	0,974%	50	3,141%	3,140%	69	2,707%	2,707%
13	2,661%	2,665%	32	0,960%	0,958%	51	3,303%	3,307%	70	2,464%	2,466%
14	4,603%	4,611%	33	0,793%	0,798%	52	3,310%	3,307%	71	2,660%	2,659%
15	2,925%	2,915%	34	0,943%	0,942%	53	3,423%	3,424%	72	2,667%	2,667%
16	3,142%	3,148%	35	0,266%	0,266%	54	2,902%	2,901%	73	2,671%	2,671%
17	3,583%	3,574%	36	-0,232%	-0,233%	55	4,197%	4,197%	74	2,676%	2,677%
18	17,038%	17,045%	37	-0,070%	-0,071%	56	3,318%	3,321%	75	2,682%	2,683%
19	4,321%	4,324%	38	-0,078%	-0,078%	57	3,360%	3,358%			

INDENNITA' PER RICOVERO

Età assicurato alla scadenza annuale	%	Età assicurato alla scadenza annuale	%	Età assicurato alla scadenza annuale	%	Età assicurato alla scadenza annuale	%	Età assicurato alla scadenza annuale	%
1	2,121%	16	3,103%	31	0,977%	46	3,118%	61	3,646%
2	2,374%	17	3,592%	32	0,968%	47	2,840%	62	3,659%
3	2,029%	18	17,057%	33	0,789%	48	2,895%	63	3,693%
4	2,273%	19	4,323%	34	0,951%	49	2,987%	64	3,771%
5	1,944%	20	3,837%	35	0,222%	50	3,111%	65	3,760%
6	2,044%	21	4,065%	36	-0,221%	51	3,302%	66	2,845%
7	2,136%	22	3,622%	37	-0,111%	52	3,315%	67	2,861%
8	3,529%	23	3,016%	38	-0,055%	53	3,400%	68	2,920%
9	4,293%	24	2,728%	39	1,998%	54	2,918%	69	2,725%
10	3,995%	25	2,979%	40	2,285%	55	4,200%	70	2,457%
11	2,095%	26	3,208%	41	2,340%	56	3,341%	71	2,674%
12	2,965%	27	3,047%	42	2,287%	57	3,333%	72	2,666%
13	2,658%	28	0,887%	43	2,591%	58	3,323%	73	2,678%
14	4,639%	29	1,055%	44	2,476%	59	3,278%	74	2,686%
15	2,990%	30	0,928%	45	2,320%	60	3,628%	75	2,692%

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tabella 3 – Grandi cure

Chirurgia cardiaca

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

Collo

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico

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

Esofago

- Collocazione di protesi endoesofagea per via toraco-laparotomica
- Interventi non endoscopici nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Interventi per diverticolo dell'esofago
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico
- Resezione dell'esofago cervicale
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica
- Operazione sull'esofago per stenosi benigne per tumori, resezioni parziali base, alte e totali

Faccia e bocca

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- Correzione naso a sella
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Demolizione dell'osso frontale
- Fratture dei mascellari superiori. Trattamento chirurgico ed ortopedico
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare. Trattamento chirurgico ed ortopedico
- Interventi demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare contemporaneo
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Parotidectomia con conservazione del facciale
- Plastica per paralisi del nervo facciale
- Resezione del mascellare superiore
- Resezione del massiccio facciale per malformazioni maligne
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi

Fegato e vie biliari

- Resezione epatica e coledocotomia
- Epatectomia semplice per cisti da echinococco
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto-gastrotomia, colecisto-enterostomia)
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Trapianto del fegato

Apparato genitale

- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
- Cura chirurgica di fistola uretrale
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
- Eviscerazione pelvica
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- Metroplastica
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfo-adenectomia
- Pannisterectomia radicale per via addominale
- Pannisterectomia radicale per via vaginale
- Vulvectomy totale

Laringe

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

Oculistica

- Iridociclorefrazione
- Trabeculectomia
- Trapianto corneale

Ortopedia e traumatologia

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

Otorinolaringoiatria

- Chirurgia della sordità otosclerotica
- Chirurgia endoauricolare della vertigine
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine
- Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia
- Decompressione del nervo facciale
- Resezione del nervo petroso superficiale
- Timpanoplastica
- Impianto di protesi cocleare

Pancreas e milza

- Anastomosi mesenterica-cava
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale
- Interventi demolitivi del pancreas:
 - totale o della testa,
 - della coda
- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas:
 - enucleazione delle cisti,
 - marsupializzazione
- Interventi di fistole pancreatiche
- Splenectomy
- Trapianto del pancreas
- Innesto di pancreas artificiale

Pediatria

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

Peritoneo e intestino

- Colectomia segmentaria
- Colectomia totale
- Colectomia con lesioni dell'intestino - resezione intestinale
- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali
- Occlusione intestinale di varia natura - resezione intestinale
- Resezione del tenue
- Resezione ileo cecale

Retto

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

Stomaco e duodeno

- Gastrectomia totale
- Cardiotomia extramucosa
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Resezione gastrica
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post anastomotica

Torace

- Asportazione del timo
- Decorticazione polmonare
- Interventi per fistole bronchiali cutanee
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi sul mediastino per tumori
- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare
- Pleura pneumectomia
- Pneumectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezioni segmentane polmonari e lobectomia
- Toracoplastica totale

Urologia

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

Vasi

- Disostruzione by-pass aorta addominale, effettuati non per via endoscopica
- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi:
 - arterie carotidi, arterie vertebrali, arterie/vene iliache
 - vena succlavia,
 - tronco brachio-cefalico,
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca, effettuati non per via endoscopica
- Interventi per stenosi od ostruzioni della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima, effettuati non per via endoscopica
- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale

Tabella 4 - Malattie gravi

Ictus cerebrale

Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.

Infarto miocardico

Evento ischemico che risulta nella morte irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei 4 seguenti criteri:

- a) storia del dolore cardiaco tipico;
- b) comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
- c) modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
- d) comparsa di alterazioni della cinetica parietale all'ecocardiogramma.

Tumore

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del III e IV stadio di Clarke.

Chirurgia cardiovascolare

Procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna) previa dimostrazione della necessità dell'intervento mediante esame coronarografico. Interventi di sostituzione valvolare con protesi meccanica o biologica. Vengono invece escluse tutte le procedure terapeutiche invasive che non richiedano toracotomia quali ad esempio: l'angioplastica coronarica e la dilatazione valvolare con cateteri a palloncino.

Insufficienza renale

Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

Trapianto d'organo

Malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista di attesa presso un centro qualificato.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tabella 5 - Integrazione SSN - Elenco Indennizzi per tipologia di ricovero

Ferme le esclusioni di cui all'Art. B.23, la tabella riporta l'elenco dei DRG (Diagnostic Related Group) con indicazione di un codice identificativo, del tipo (M = medico; C = chirurgico) e dell'importo massimo indennizzabile a termini dell'Art. B.11.

DRG	Tipo	Descrizione	Indenn. euro	DRG	Tipo	Descrizione	Indenn. euro
Malattie e disturbi del sistema nervoso							
034	M	Altre malattie del sistema nervoso, con complicazioni	1.500	068	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 con complicazioni	1.000
035	M	Altre malattie del sistema nervoso, senza complicazioni	1.000	069	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 senza complicazioni	750
015	M	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	1.000	056	C	Rinoplastica	750
033	M	Commozione cerebrale, età < 18	500	052	C	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	1.000
031	M	Commozione cerebrale, età > 17 con complicazioni	750	050	C	Sialoadenectomia	1.000
032	M	Commozione cerebrale, età > 17 senza complicazioni	500	060	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18	250
026	M	Convulsioni e cefalea età < 18	750	059	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17	500
024	M	Convulsioni e cefalea età > 17 con complicazioni	1.000	072	M	Traumatismi e deformità del naso	750
025	M	Convulsioni e cefalea età > 17 senza complicazioni	750	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio			
003	C	Craniotomia età < 18	3.000	101	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio, con complicazioni	1.250
001	C	Craniotomia età > 17 eccetto per traumatismo	3.250	102	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio, senza complicazioni	750
002	C	Craniotomia età > 17 per traumatismo	3.000	076	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio, con complicazioni	2.500
006	C	Decompressione del tunnel carpale	750	077	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio, senza complicazioni	1.000
022	M	Encefalopatia ipertensiva	1.250	098	M	Bronchite e asma, età < 18	750
020	M	Infezioni del sistema nervoso eccetto meningite virale	2.000	096	M	Bronchite e asma, età > 17 con complicazioni	1.000
008	C	Interventi su nervi periferico e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza complicazioni	1.000	097	M	Bronchite e asma, età > 17 senza complicazioni	750
007	C	Interventi su nervi periferico e cranici e altri interventi su sistema nervoso con complicazioni	2.500	475	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita	3.250
005	C	Interventi sui vasi extracranici	1.750	087	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1.250
004	C	Interventi sul midollo spinale	2.250	078	M	Embolia polmonare	1.500
016	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con complicazioni	1.500	081	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18	1.500
017	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza complicazioni	1.000	079	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 con complicazioni	2.500
014	M	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	1.500	080	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 senza complicazioni	1.750
018	M	Malattie dei nervi cranici e periferici con complicazioni	1.250	075	C	Interventi maggiori sul torace	2.500
019	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza complicazioni	1.000	088	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	1.000
009	M	Malattie e traumatismi del midollo spinale	2.000	092	M	Malattia polmonare interstiziale, con complicazioni	1.750
021	M	Meningite virale	1.250	093	M	Malattia polmonare interstiziale, senza complicazioni	1.250
010	M	Neoplasie del sistema nervoso con complicazioni	1.750	082	M	Neoplasie dell'apparato respiratorio	1.500
011	M	Neoplasie del sistema nervoso senza complicazioni	1.250	094	M	Pneumotorace, con complicazioni	1.500
027	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	1.750	095	M	Pneumotorace, senza complicazioni	1.000
030	M	Stato stuporoso e coma origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18	500	091	M	Polmonite semplice e pleurite, età < 18	750
028	M	Stato stuporoso e coma origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 con complicazioni	1.500	089	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 con complicazioni	1.500
029	M	Stato stuporoso e coma origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 senza complicazioni	750	090	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 senza complicazioni	1.000
Malattie e disturbi dell'occhio							
048	M	Altre malattie dell'occhio, età < 18	750	099	M	Segni e sintomi respiratori, con complicazioni	1.000
046	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 con complicazioni	1.000	100	M	Segni e sintomi respiratori, senza complicazioni	750
047	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 senza complicazioni	750	083	M	Traumi maggiori del torace, con complicazioni	1.000
043	M	Iftema	500	084	M	Traumi maggiori del torace, senza complicazioni	500
044	M	Infezioni acute maggiori dell'occhio	1.000	085	M	Versamento pleurico, con complicazioni	1.500
038	C	Interventi primari sull'iride	750	086	M	Versamento pleurico, senza complicazioni	1.500
039	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	750	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio			
036	C	Interventi sulla retina	1.000	144	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con complicazioni	1.500
041	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18	500	145	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza complicazioni	1.000
040	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17	500	116	C	Altri interventi per impianto pacemaker card permanente o defibrillatore automatico o generatore impulsi	2.500
042	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	1.000	108	C	Altri interventi sul sistema cardiovascolare	4.000
037	C	Interventi sull'orbita	1.250	478	C	Altri interventi sul sistema cardiovascolare, con complicazioni	2.250
045	M	Malattie neurologiche dell'occhio	1.000	479	C	Altri interventi sul sistema cardiovascolare, senza complicazioni	1.500
Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola							
065	M	Alterazioni dell'equilibrio	750	120	C	Altri interventi sull'apparato circolatorio	2.250
074	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18	500	114	C	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	2.250
073	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17	750	113	C	Amputazione per disturbi circolatorio eccetto amputazione arto superiore e dita piede	3.250
063	C	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.250	140	M	Angina pectoris	750
067	M	Epiglottidite	750	138	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, con complicazioni	1.250
066	M	Epistassi	750	139	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza complicazioni	750
057	C	Interventi tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia età > 17	750	129	M	Arresto cardiaco senza causa apparente	1.500
058	C	Interventi tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia età < 18	500	132	M	Aterosclerosi, con complicazioni	1.250
049	C	Interventi maggiori sul capo e sul collo	2.500	133	M	Aterosclerosi, senza complicazioni	750
054	C	Interventi su seni e mastoide, età < 18	750	106	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco	5.500
053	C	Interventi su seni e mastoide, età > 17	1.000	107	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco	4.500
168	C	Interventi sulla bocca, con complicazioni	1.250	143	M	Dolore toracico	1.000
169	C	Interventi sulla bocca, senza complicazioni	1.000	126	M	Endocardite acuta e subacuta	3.000
051	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	1.000	115	C	Impianto pacemaker cardiaco permanente con ima, insufficienza cardiaca o shock	3.750
071	M	Laringotracheite	750	127	M	Insufficienza cardiaca e shock	1.250
186	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18	750	110	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, con complicazioni	3.500
185	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17	750	111	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, senza complicazioni	2.250
062	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18	500	112	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	2.250
061	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17	1.000	104	C	Interventi sulle valvole cardiache con cateterismo cardiaco	6.250
055	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	750	105	C	Interventi sulle valvole cardiache senza cateterismo cardiaco	5.250
064	M	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	1.250	134	M	Iperensione	750
070	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18	500	119	C	Legatura e stripping di vene	750
				137	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18	1.250
				135	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 con complicazioni	1.250
				136	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 senza complicazioni	750
				125	M	Malattie cardiovascolari eccetto ima, con catetere cardiaco e diagnosi non complicata	750
				121	M	Malattie cardiovascolari con ima e complicanze cardiovascolari dimessi vivi	1.750
				122	M	Malattie cardiovascolari con ima senza complicanze cardiovascolari dimessi vivi	1.500

DRG	Tipo	Descrizione	Indenn. euro	DRG	Tipo	Descrizione	Indenn. euro
123	M	Malattie cardiovascolari con ima, morti	1.250	234	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza complicazioni	1.250
124	M	Malattie cardiovascolari eccetto ima, con catetere cardiaco e diagnosi complicata	1.250	213	C	Amputazioni per malattie del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	2.000
130	M	Malattie vascolari periferiche, con complicazioni	1.250	242	M	Artrite settica	1.500
131	M	Malattie vascolari periferiche, senza complicazioni	1.000	246	M	Artropatie non specifiche	1.000
117	C	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	1.750	232	C	Artroscopia	750
141	M	Sincope e collasso, con complicazioni	1.000	249	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	500
142	M	Sincope e collasso, senza complicazioni	750	216	C	Biopsie del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	1.750
118	C	Sostituzione di pacemaker cardiaco	2.250	237	M	Distorsioni, stramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	750
103	C	Trapianto cardiaco	17.000	231	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramid eccetto anca e femore	1.000
128	M	Tromboflebite delle vene profonde	1.000	230	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramid di anca e femore	1.000
Malattie e disturbi dell'apparato digerente				252	M	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età <18	500
190	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18	750	255	M	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età <18	500
188	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 con complicazioni	1.250	251	M	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età >17 senza complicazioni	750
189	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 senza complicazioni	750	254	M	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età >17 senza complicazioni	500
170	C	Altri interventi sull'apparato digerente, con complicazioni	2.500	253	M	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età >17 con complicazioni	1.000
171	C	Altri interventi sull'apparato digerente, senza complicazioni	1.500	250	M	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età >17 con complicazioni	750
164	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata, con complicazioni	1.500	235	M	Fratture del femore	1.500
165	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata, senza complicazioni	1.000	236	M	Fratture dell'anca e della pelvi	1.500
166	C	Appendicectomia, diagnosi principale non complicata, con complicazioni	1.250	239	M	Fratture patologiche e neoplasie maligne sistema muscoloscheletrici e tessuti connettivi	1.250
167	C	Appendicectomia, diagnosi principale non complicata, senza complicazioni	750	228	C	Interventi maggiori su polso o su articolazioni o altri interventi mano o polso, con complicazioni	750
174	M	Emorragia gastrointestinale, con complicazioni	1.250	224	C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio ecc interventi maggiori su articolazioni senza complicazioni	750
175	M	Emorragia gastrointestinale, senza complicazioni	750	220	C	Interventi arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18	1.000
183	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea mal apparato digerente età >17 senza complicazioni	750	218	C	Interventi arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17 con complicazioni	2.000
184	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea mal apparato digerente, età < 18	500	219	C	Interventi arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17 senza complicazioni	1.000
182	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea mal apparato digerente, età >17 con complicazioni	1.000	471	C	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiore	5.000
148	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, con complicazioni	3.000	223	C	Interventi maggiori spalla e gomito o altri interventi arto superiore con complicazioni	1.000
149	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, senza complicazioni	1.750	212	C	Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori, età < 18	2.000
152	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue, con complicazioni	1.750	210	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età >17 con complicazioni	2.750
153	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue, senza complicazioni	1.250	211	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età >17 senza complicazioni	1.500
161	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 con complicazioni	1.000	491	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	1.750
162	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza complicazioni	750	209	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	2.750
159	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 con complicazioni	1.750	214	C	Interventi su dorso e collo, con complicazioni	2.500
160	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 senza complicazioni	1.000	215	C	Interventi su dorso e collo, senza complicazioni	1.250
163	C	Interventi per ernia, età < 18	500	229	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza complicazioni	750
157	C	Interventi su ano e stoma, con complicazioni	1.250	226	C	Interventi sui tessuti molli con complicazioni	1.750
158	C	Interventi su ano e stoma, senza complicazioni	750	227	C	Interventi sui tessuti molli senza complicazioni	750
156	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18	1.750	221	C	Interventi sul ginocchio con complicazioni	1.500
154	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 con complicazioni	3.500	222	C	Interventi sul ginocchio senza complicazioni	1.000
155	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 senza complicazioni	1.750	225	C	Interventi sul piede	1.000
150	C	Lisi di aderenze peritoneali, con complicazioni	2.000	240	M	Malattie del tessuto connettivo, con complicazioni	1.750
151	C	Lisi di aderenze peritoneali, senza complicazioni	1.250	241	M	Malattie del tessuto connettivo, senza complicazioni	1.250
179	M	Malattie infiammatorie dell'intestino	1.250	244	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, con complicazioni	1.250
172	M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente, con complicazioni	1.500	245	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza complicazioni	750
173	M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente, senza complicazioni	1.250	238	M	Osteomielite	1.500
180	M	Occlusione gastrointestinale, con complicazioni	1.000	217	C	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie muscolari e connettive	3.000
181	M	Occlusione gastrointestinale, senza complicazioni	750	247	M	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	750
146	C	Resezione rettale, con complicazioni	3.000	248	M	Tendinite, miosite e borsite	750
147	C	Resezione rettale, senza complicazioni	2.000	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella			
176	M	Ulcera peptica complicata	1.000	269	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con complicazioni	1.500
177	M	Ulcera peptica non complicata, con complicazioni	1.000	270	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza complicazioni	750
178	M	Ulcera peptica non complicata, senza complicazioni	750	262	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	750
Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas				268	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	750
201	C	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	3.000	261	C	Interventi mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	1.000
202	M	Cirrosi e epatite alcolica	1.500	267	C	Interventi perianali e pilonidali	750
195	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune, con complicazioni	2.500	273	M	Malattie maggiori della pelle con complicazioni	1.500
196	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune, senza complicazioni	1.750	272	M	Malattie maggiori della pelle senza complicazioni	1.000
197	C	Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, con complicazioni	1.750	283	M	Malattie minori della pelle con complicazioni	1.000
198	C	Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza complicazioni	1.000	284	M	Malattie minori della pelle senza complicazioni	750
193	C	Interventi vie biliari, ecc colecistectomia isolata con/senza esplorazione dbc con complicazioni	3.000	259	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne, con complicazioni	1.500
194	C	Interventi vie biliari, ecc colecistectomia isolata con/senza esplorazione dbc senza complicazioni	2.250	260	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne, senza complicazioni	1.000
191	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con complicazioni	4.000	257	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne, con complicazioni	1.500
192	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza complicazioni	2.500	258	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne, senza complicazioni	1.000
206	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcol, senza complicazioni	1.000	274	M	Neoplasie maligne della mammella con complicazioni	1.750
205	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcol, con complicazioni	1.500	275	M	Neoplasie maligne della mammella senza complicazioni	1.250
204	M	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	1.250	276	M	Patologie non maligne della mammella	500
207	M	Malattie delle vie biliari, con complicazioni	1.250	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo			
208	M	Malattie delle vie biliari, senza complicazioni	1.000	243	M	Affezioni mediche del dorso	750
203	M	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	1.250	256	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	750
200	C	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	2.250	233	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con complicazioni	2.500
199	C	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	2.250				

DRG	Tipo	Descrizione	Indenn. euro	DRG	Tipo	Descrizione	Indenn. euro
265	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamento eccetto per ulcere della pelle/cellulite con complicazioni	1.750	346	M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile, con complicazioni	1.500
266	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamento eccetto per ulcere pelle/cellulite senza complicazioni	1.000	347	M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile, senza complicazioni	1.000
263	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamento per ulcere della pelle o cellulite con complicazioni	2.500	337	C	Prostatectomia transuretrale senza complicazioni	1.000
264	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamento per ulcere della pelle o cellulite senza complicazioni	1.500	336	C	Prostatectomia transuretrale, con complicazioni	1.250
280	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età >17 con complicazioni	750	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile			
281	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età >17 senza complicazioni	750	365	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	1.500
282	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età <18	500	363	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	1.000
271	M	Ulcere della pelle	1.500	364	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	500
Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali				369	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	500
293	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza complicazioni	1.750	353	C	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomy radicale	2.000
292	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con complicazioni	2.750	368	M	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	750
285	C	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	3.500	354	C	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o annessi con complicazioni	2.000
299	M	Difetti congeniti del metabolismo	1.000	355	C	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o annessi senza complicazioni	1.250
298	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età <18	750	356	C	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	1.000
297	M	Disturbi nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età >17 senza complicazioni	1.000	358	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, con complicazioni	1.250
296	M	Disturbi nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età >17 con complicazioni	1.250	359	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza complicazioni	1.000
288	C	Interventi per obesità	1.250	357	C	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne di ovaio o annessi	2.250
291	C	Interventi sul dotto tiroglossico	500	360	C	Interventi su vagina, cervice e vulva	750
286	C	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	2.500	361	C	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	750
290	C	Interventi sulla tiroide	1.000	366	M	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile, con complicazioni	1.500
289	C	Interventi sulle paratiroidi	1.250	367	M	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile, senza complicazioni	1.000
300	M	Malattie endocrine, con complicazioni	1.250	362	C	Occlusione endoscopica delle tube	500
301	M	Malattie endocrine, senza complicazioni	750	Gravidanza parto e puerperio			
287	C	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metabolismo	2.250	381	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	500
Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie				380	M	Aborto senza dilatazione e raschiamento	500
333	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18	1.000	383	M	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	750
331	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 con complicazioni	1.250	384	M	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	500
332	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 senza complicazioni	750	377	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	1.000
315	C	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	2.000	376	M	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	500
323	M	Calcolosi urinaria, con complicazioni e/o litotripsia mediante ultrasuoni	1.000	378	M	Gravidanza ectopica	1.000
324	M	Calcolosi urinaria, senza complicazioni	750	379	M	Minaccia di aborto	750
322	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18	750	370	C	Parto cesareo con complicazioni	1.250
320	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 con complicazioni	1.000	371	C	Parto cesareo senza complicazioni	1.000
321	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 senza complicazioni	750	375	C	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	1.250
316	M	Insufficienza renale	1.500	372	M	Parto vaginale con diagnosi complicanti	1.000
305	C	Interventi su rene, uretere e interventi maggiori su vescica, non per neoplasie senza complicazioni	1.750	374	C	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	750
308	C	Interventi minori sulla vescica, con complicazioni	2.000	373	M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	750
309	C	Interventi minori sulla vescica, senza complicazioni	1.250	Malattie e disturbi del periodo neonatale			
310	C	Interventi per via transuretrale, con complicazioni	1.250	389		Neonati a termine con affezioni maggiori	750
311	C	Interventi per via transuretrale, senza complicazioni	750	390		Neonati con altre affezioni significative	500
304	C	Interventi su rene, uretere e interventi maggiori su vescica, non per neoplasie con complicazioni	2.250	386		Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	4.250
303	C	Interventi su rene, uretere e intervento maggiori su vescica, per neoplasia	2.500	387		Prematurità con affezioni maggiori	2.500
314	C	Interventi sull'uretra, età < 18	1.000	388		Prematurità senza affezioni maggiori	1.500
312	C	Interventi sull'uretra, età > 17 con complicazioni	1.000	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario			
313	C	Interventi sull'uretra, età > 17 senza complicazioni	750	394	C	Altri interventi sugli organi emopoietici	1.500
318	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con complicazioni	1.250	396	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18	750
319	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza complicazioni	1.000	395	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17	1.250
306	C	Prostatectomia, con complicazioni	1.750	398	M	Disturbi del sistema reticoloendoteliale e immunitario con complicazioni	2.250
307	C	Prostatectomia, senza complicazioni	1.000	399	M	Disturbi del sistema reticoloendoteliale e immunitario senza complicazioni	1.000
317	M	Ricovero per dialisi renale	1.000	397	M	Disturbi della coagulazione	1.750
327	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18	750	393	C	Splenectomia, età < 18	1.500
325	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 con complicazioni	1.000	392	C	Splenectomia, età > 17	2.250
326	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 senza complicazioni	750	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate			
330	M	Stenosi uretrale, età < 18	500	407	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza complicazioni	1.750
328	M	Stenosi uretrale, età > 17 con complicazioni	1.000	406	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con complicazioni	3.750
329	M	Stenosi uretrale, età > 17 senza complicazioni	750	408	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	1.750
302	C	Trapianto renale	12.500	414	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate, senza complicazioni	1.250
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile				413	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate, con complicazioni	2.000
352	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	750	412	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	500
345	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	1.250	411	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	750
344	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	1.750	492	M	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2.250
343	C	Circoncisione età < 18	500	410	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	750
342	C	Circoncisione età > 17	500	405	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18	2.750
350	M	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	750	473	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17	6.750
334	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con complicazioni	2.000	400	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori	3.250
335	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza complicazioni	1.500	401	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con complicazioni	3.250
341	C	Interventi sul pene	1.250	402	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza complicazioni	1.500
340	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18	500	403	M	Linfoma e leucemia non acuta con complicazioni	2.500
339	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17	750	404	M	Linfoma e leucemia non acuta senza complicazioni	1.250
338	C	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	1.250	409	M	Radioterapia	1.000
348	M	Iperplasia prostatica benigna, con complicazioni	1.000	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)			
349	M	Iperplasia prostatica benigna, senza complicazioni	750	423	M	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	1.250
				419	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 con complicazioni	1.250
				420	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 senza complicazioni	1.000

DRG	Tipo	Descrizione	Indenn. euro	DRG	Tipo	Descrizione	Indenn. euro
418	M	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	1.000	444	M	Traumatismi, età > 17 con complicazioni	1.000
415	C	Interventi chirurgici per malattie infettive e parassitarie	2.500	445	M	Traumatismi, età > 17 senza complicazioni	750
422	M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18	750	Ustioni			
421	M	Malattie di origine virale, età > 17	750	472	C	Ustioni estese con intervento chirurgico	11.000
417	M	Setticemia, età < 18	1.000	457	M	Ustioni estese senza intervento chirurgico	1.750
416	M	Setticemia, età > 17	1.750	459	C	Ustioni non estese con sbrigliamento di ferite e altro intervento chirurgico	1.750
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci				458	C	Ustioni non estese con trapianto di pelle	3.750
454	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici, con complicazioni	1.000	460	M	Ustioni non estese senza intervento chirurgico	1.000
455	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici, senza complicazioni	750	456	M	Ustioni, paziente trasferito ad altra struttura di assistenza per acuti	1.500
442	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo, con complicazioni	2.500	Traumatismi multipli rilevanti			
443	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo, senza complicazioni	1.500	486	C	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	4.250
451	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18	500	487	M	Altri traumatismi multipli rilevanti	2.000
449	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 con complicazioni	1.000	484	C	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	6.000
450	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 senza complicazioni	500	485	C	Reimpianto di arti, intervento su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	4.500
452	M	Complicazioni di trattamento, con complicazioni	1.000	Altri D.R.G.			
453	M	Complicazioni di trattamento, senza complicazioni	750	476	C	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	1.750
441	C	Interventi sulla mano per traumatismo	750	483	C	Tracheostomia eccetto per disturbi orali, laringei o faringei	14.000
448	M	Reazioni allergiche, età < 18	500	482	C	Tracheostomia per disturbi orali, laringei o faringei	3.750
447	M	Reazioni allergiche, età > 17	750	480	C	Trapianto di fegato	20.750
440	C	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	1.750	481	C	Trapianto di midollo osseo	14.000
439	C	Trapianti di pelle per traumatismo	1.500				
446	M	Traumatismi, età < 18	500				

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco