



DOCTOR PIÙ EVOLUTION

La massima assistenza
per la vostra salute

Condizioni di assicurazione



TORO

MARCHIO DI ALLEANZA TORO S.p.A.

www.toroassicurazioni.it



Pagina

- 5 Benvenuti tra gli Assicurati di Doctor Più Evolution
6 Premessa

SEZIONE I - RIMBORSO SPESE**GARANZIE ASSICURATIVE E MODALITÀ OPERATIVE**

- 7 Art. 1 Intervento chirurgico
9 Art. 2 Grande Intervento Chirurgico
9 Art. 3 Alta diagnostica
10 Art. 4 Ricovero senza Intervento Chirurgico
11 Art. 5 Visite specialistiche ed esami
12 Art. 6 Prestazioni aggiuntive
13 Art. 7 Scoperto a carico dell'Assicurato
13 Art. 8 Abrogazione o riduzione dello scoperto
14 Art. 9 Forma di garanzia

SISTEMI DI LIQUIDAZIONE DEL DANNO

- 15 Art. 10 Sistema a pagamento diretto
16 Art. 11 Sistema a rimborso

SEZIONE II - DIARIA**GARANZIE ASSICURATIVE E MODALITÀ OPERATIVE**

- 18 Art. 1 Garanzia base - Diaria da Ricovero
18 Art. 2 Garanzia Facoltativa - Diaria da convalescenza e gessatura
19 Art. 3 Denuncia del sinistro e obblighi relativi
19 Art. 4 Documentazione sanitaria

SEZIONE III - ASSISTENZE E SERVIZI**GARANZIE ASSICURATIVE E MODALITÀ OPERATIVE**

- 20 Art. 1 Oggetto della garanzia
20 Art. 2 Assistenza base
25 Art. 3 Medical advice program
26 Art. 4 Assistenza domiciliare
26 Art. 5 Assistenza domiciliare integrata
28 Art. 6 Telemedicina

ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

- 29 Art. 1 Rischi esclusi dall'assicurazione
30 Art. 2 Persone non assicurabili
30 Art. 3 Delimitazioni dell'assicurazione
31 Art. 4 Periodi di aspettativa

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

- 32 Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
32 Art. 2 Assicurazione presso diversi assicuratori
32 Art. 3 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
32 Art. 4 Modifiche dell'Assicurazione
32 Art. 5 Assicurazione per conto altrui
32 Art. 6 Periodo di Assicurazione
33 Art. 7 Proroga del contratto
33 Art. 8 Oneri fiscali
33 Art. 9 Adeguamento automatico
33 Art. 10 Revisione del premio
34 Art. 11 Controversie - Arbitrato irrituale
34 Art. 12 Variazione della residenza
34 Art. 13 Validità territoriale
34 Art. 14 Rinvio alle norme di legge

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

- 35 – Premessa
35 – Centrale Operativa
35 – Cosa fare in caso di Ricovero con o senza Intervento chirurgico
36 – Alta diagnostica, Visite specialistiche ed Esami
36 – Diarie
36 – Assistenza e Servizi

37 ALL. 1 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**CONDIZIONI GENERALI DELLA POLIZZA TUTELA GIUDIZIARIA**

- 42 Art. 1 Oggetto dell'assicurazione
42 Art. 2 Persone assicurate e ambito dell'Assicurazione
42 Art. 3 Estensione territoriale
42 Art. 4 Esclusioni
43 Art. 5 Insorgenza del sinistro
43 Art. 6 Denuncia del sinistro e libera scelta del legale

44	Art. 7	Gestione del sinistro
44	Art. 8	Disaccordo sulla gestione del sinistro
44	Art. 9	Recupero di somme
44	Art. 10	Anticipata risoluzione dell'assicurazione
45	Art. 11	Forma delle comunicazioni
45	Art. 12	Pagamento del premio e Decorrenza della Garanzia
45	Art. 13	Rinnovo del contratto
45	Art. 14	Altre assicurazioni
45	Art. 15	Adeguamento Automatico
46	Art. 16	Oneri a carico del Contraente
46	Art. 17	Rinvio alle norme di legge

47	DEFINIZIONI
----	--------------------

■ **BENVENUTI TRA GLI ASSICURATI DI DOCTOR PIÙ EVOLUTION**

Siamo orgogliosi che ci abbiate affidato il delicato compito di tutelare la vostra salute e quella della vostra famiglia. Ne avremo la massima cura.

■ **Cos'È**

È un'assicurazione sanitaria completa, modulare, personalizzabile, che vi permette di far fronte agli imprevisti che potrebbero compromettere la vostra salute e di conseguenza il vostro patrimonio.

■ **COSA ASSICURA**

A seconda delle garanzie sottoscritte:

- il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, per gli eventi coperti dall'assicurazione secondo i termini e gli importi stabiliti dal contratto;
- il pagamento dell'importo convenuto per ogni giorno di ricovero ed eventualmente per ogni giorno della successiva convalescenza;
- mette a disposizione una serie di prestazioni di assistenza;
- il rimborso delle spese legali in caso di controversie con terzi che dovete affrontare a seguito di infortunio o malattia.

■ **COM'È COMPOSTA**

Doctor Più Evolution è composta da 3 sezioni principali:

- Sezione I Rimborso spese
- Sezione II Diaria
- Sezione III Assistenze

Ogni sezione è articolata in maniera tale da permettere, attraverso una vasta gamma di combinazioni e forme di garanzia, di costruire l'assicurazione sanitaria più adatta alle vostre esigenze.

È possibile inoltre sottoscrivere la polizza Tutela Giudiziaria.

■ **QUESTO LIBRETTO È UN DOCUMENTO CONTRATTUALE**

Il presente fascicolo fa parte del contratto di assicurazione. Leggetelo attentamente.

Le condizioni di assicurazione riportate nelle pagine che seguono costituiscono parte integrante della polizza Doctor Più Evolution stipulata dal Contraente su modello S410.

Resta pertanto inteso che:

- si intendono richiamate, a tutti gli effetti, le dichiarazioni del Contraente/Assicurato riportate sul modulo di polizza;
- l'assicurazione è prestata per le somme o massimali indicati, per le singole garanzie, sul modulo di polizza, con i limiti di rimborso eventualmente previsti nelle presenti condizioni;
- l'assicurazione è operante per le combinazioni di garanzia e per le forme di garanzia indicate sul modulo di polizza;
- l'assicurazione non è operante per le combinazioni di garanzia e per le forme di garanzia relativamente alle quali sul modulo di polizza non è stata richiamata la relativa lettera identificativa o non è stato precisato il relativo massimale.

Le **Definizioni** hanno valore convenzionale e quindi integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale.

La mancata compilazione o sottoscrizione delle **Dichiarazioni Sanitarie** rese su specifico allegato MOD. M040, che forma parte integrante del contratto, rende inoperante la polizza nei confronti dell'Assicurato che ha omissso la relativa sottoscrizione.

In ottica di trasparenza le parti del testo sottolineate rispondono ai criteri di evidenziazione previsti dal Nuovo Codice delle Assicurazioni.

ART. 1 INTERVENTO CHIRURGICO**1.1 Oggetto della garanzia**

In caso di **intervento chirurgico** effettuato in regime di ricovero (compreso day surgery) reso necessario a seguito di malattia o infortunio, la Società assicura il rimborso, con l'applicazione dello scoperto previsto agli Artt. 7 e 8 della presente sezione, delle seguenti spese sostenute dall'Assicurato:

A) nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero per:

esami, accertamenti diagnostici e visite mediche effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il successivo intervento;

B) durante il ricovero, per un massimo di 360 giorni per uno o più ricoveri con intervento chirurgico dipendenti dalla stessa malattia o dal medesimo infortunio, per:

- a) onorari dell'équipe medica;
- b) diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi;
- c) rette di degenza, prestazioni mediche, consulti, cure mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- d) uso di telefono, televisione, radio, filodiffusione (purché le relative spese siano fatturate direttamente dall'istituto di cura) sino alla concorrenza della somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO";
- e) rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, sino alla concorrenza di 20 volte la somma riportata sul modulo di polizza casella "PARAMETRO", elevato a 30 volte in caso di trapianto di organo o di intervento per neoplasie maligne.

C) nei 90 giorni successivi al ricovero, elevati a 180 giorni in caso di neoplasie maligne e di trapianti d'organo, per:

- a) spese relative a ricoveri senza intervento resisi necessari in conseguenza dell'intervento di cui al ricovero iniziale;
- b) esami, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche;
- c) medicinali;
- d) cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) sino alla concorrenza di 10 volte la somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO";
purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato l'intervento chirurgico.

D) per trattamenti fisioterapici e rieducativi, anche se effettuati in regime di ricovero, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato il ricovero e sempreché vengano effettuati da personale professionalmente abilitato. I presenti trattamenti sono rimborsati sino alla concorrenza di 10 volte la somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO", purché effettuati entro i 90 giorni successivi al ricovero (elevati a 180 giorni in caso di neoplasie maligne e di trapianto d'organo).**E) per assistenza infermieristica privata**, durante il ricovero e nei 90 giorni successivi al ricovero presso il domicilio dell'Assicurato, sino alla concorrenza di 20 volte la somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO", elevato a 30 volte in caso di trapianto di organo o di intervento chirurgico per neoplasie maligne.

La presente garanzia è operante a condizione che il personale infermieristico sia professionalmente abilitato.

F) per trasporto dell'Assicurato per il ricovero con uso di qualsiasi mezzo sanitario in Italia ed all'estero per accedere all'istituto di cura, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro e per il rientro al domicilio.

Limitatamente ai ricoveri all'estero per interventi rientranti nell' "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" (vedere All. 1), la garanzia è valida anche per le spese di viaggio, debitamente documentate, sostenute da un accompagnatore.

Non si considerano stati esteri lo Stato della Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

La presente garanzia è prestata sino alla concorrenza di 25 volte la somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO".

1.2 Prestazione alternativa

In alternativa al rimborso delle spese di ricovero di cui all'Art. 1.1 lettera B), o nel caso in cui l'Assicurato non abbia per esso sostenuto spese, l'Assicurato stesso può optare per la corresponsione di una indennità pari, per ciascun giorno di ricovero, alla somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO" per un massimo di 90 giorni. La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come una unica giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e quella della dimissione.

1.3 Intervento chirurgico ambulatoriale

In caso di **intervento chirurgico ambulatoriale** la Società rimborsa, con l'applicazione dello scoperto previsto agli Artt. 7 e 8 della presente sezione, le spese sostenute dall'Assicurato, previste all'Art. 1.1 lettere A), B), C), D).

1.4 Parto e Aborto

In caso di **ricovero per parto con taglio cesareo, per aborto spontaneo o terapeutico o post-traumatico**, la Società rimborsa, sino alla concorrenza di 60 volte la somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO", le spese sostenute dall'Assicurato, previste all'Art. 1.1 lettere B), C), D), E) nonché le spese per assistenza medica durante il ricovero.

In caso di **parto senza taglio cesareo**, anche se avvenuto a domicilio, l'assicurazione vale per il rimborso, sino alla concorrenza di 20 volte la somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO", delle spese sostenute dall'Assicurato, previste all'Art. 1.1 lettera B) nonché le spese per assistenza medica durante il ricovero o per i primi 5 giorni successivi al parto domiciliare.

1.5 Trapianti

Qualora l'Assicurato sia donatore vivente, in caso di **trapianto di organi** o parte di essi, la Società rimborsa le spese previste all'Art. 1.1 lettera A), B), C), D) con l'applicazione dello scoperto previsto agli Artt. 7 e 8 della presente sezione.

In caso di trapianto effettuato sull'Assicurato, sono anche comprese le spese di ricovero del donatore vivente per il prelievo previste all'Art. 1.1 lettera B) e in ogni caso le spese per il trasporto di organi o parte di essi.

1.6 Parodontopatie e cure dentarie

A parziale deroga dell'Art. 1.1 delle Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'assicurazione - Rischi esclusi dall'assicurazione - lettera i), sono comprese in garanzia anche le cure delle **parodontopatie e le cure dentarie**, queste ultime soltanto se conseguenti ad infortunio documentato, purché entrambe comportino ricovero con intervento chirurgico; sono escluse comunque le protesì.

1.7 Chirurgia plastica, estetica e stomatologica ricostruttiva

A parziale deroga dell'Art. 1.1 delle Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'assicurazione - Rischi esclusi dall'assicurazione - lettera l), la Società rimborsa anche le spese per interventi di **chirurgia plastica, estetica e stomatologica ricostruttiva** sempreché siano conseguenti a neoplasie maligne o infortunio documentato.

1.8. Limiti di Rimborso

La Società assicura il rimborso delle spese di cui all'Art. 1, sino alla concorrenza del capitale riportato sul modulo di polizza nella casella "INTERVENTO CHIRURGICO", complessivamente per uno o più interventi avvenuti nello stesso periodo assicurativo annuo per ciascuna persona assicurata e comunque per uno o più interventi dipendenti dalla stessa malattia o dal medesimo infortunio.

ART. 2 GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

(la garanzia è operante se si è scelta la combinazione di garanzia B)

2.1 Oggetto della garanzia

In caso di intervento chirurgico reso necessario da malattia o infortunio le garanzie prestate dall'art 1.1 si intendono operanti esclusivamente nei casi di Grande Intervento Chirurgico, intendendosi per tali quelli riportati nell'Allegato 1.

In caso di trapianto d'organo, sono comprese le spese di ricovero del donatore vivente per il prelievo e in ogni caso le spese per il trasporto di organi o parte di essi.

La presente garanzia è prestata senza applicazione di alcuno scoperto.

2.2 Limiti di Rimborso

La garanzia prestata dall'Art. 2.1 è operante sino alla concorrenza del capitale riportato sul modulo di polizza nella casella "GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO", complessivamente per uno o più interventi avvenuti nello stesso periodo assicurativo annuo per ciascuna persona assicurata e comunque per uno o più interventi dipendenti dalla stessa malattia o dal medesimo infortunio.

ART. 3 ALTA DIAGNOSTICA

(la garanzia è operante solo se si è scelta la combinazione di garanzia C) o D)

3.1 Oggetto della garanzia

Nel caso di prestazione sanitaria al di fuori o indipendente da un ricovero la Società rimborsa le spese sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio per:

RMN, Scintigrafia, TAC, Angiografia, Coronarografia, Ecocardiografia, Ecografia transesofagea, Ecografia intravascolare, Ecografia endocavitaria, Ecodoppler, Pet, Endoscopia apparato digerente, urologico e polmonare, Laparoscopia diagnostica, Artroscopia diagnostica.

3.2 Limiti di rimborso

La garanzia prestata dall'Art. 3.1 è operante fino alla concorrenza di 15 volte la somma riportata sul modulo di polizza alla casella "PARAMETRO", complessivamente per uno o più sinistri avvenuti nello stesso periodo assicurativo annuo.

3.3 Scoperto specifico

La Società rimborsa le spese indennizzabili ai sensi degli artt. 3.1 e 3.2 previa detrazione di uno scoperto del 25% delle spese stesse, con il minimo di Euro 50,00 per ciascuna richiesta di rimborso per ciascun Assicurato, per accertamenti relativi ad una stessa patologia.

Lo scoperto specifico si sostituisce allo scoperto generale previsto dall'Art. 7 della presente sezione. L'eventuale sottoscrizione della forma di garanzia H (abrogazione dello scoperto generale di polizza) o della forma di garanzia K (riduzione al 15% dello scoperto generale di polizza) non comporta l'abrogazione o la riduzione dello scoperto specifico.

ART. 4 RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

(La garanzia è operante solo se si è scelta la combinazione di garanzia D)

4.1 Oggetto della garanzia

In caso di **ricovero senza intervento chirurgico** - reso necessario a seguito di malattia o infortunio - che si sia protratto ininterrottamente per almeno 3 pernottamenti, la Società rimborsa con l'applicazione dello scoperto previsto agli Artt. 7 e 8 della presente sezione, le seguenti spese sostenute dall'Assicurato:

A) nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero per:

esami, accertamenti diagnostici e visite mediche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il successivo ricovero;

B) durante il ricovero per:

- a) rette di degenza, prestazioni mediche, consulti, cure mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- b) uso di telefono, televisione, radio, filodiffusione (purché le relative spese siano fatturate dall'istituto di cura) sino alla concorrenza della somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO";
- c) rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, sino alla concorrenza di 20 volte la somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO".

Queste spese vengono rimborsate per un massimo di 360 giorni, complessivamente per uno o più ricoveri resi necessari dalla stessa malattia o dello stesso infortunio.

C) nei 90 giorni successivi al ricovero, elevati a 180 giorni in caso di neoplasie maligne, per:

- a) esami, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche ambulatoriali o eseguiti in regime di day hospital;
- b) medicinali;
- c) cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) sino alla concorrenza di 10 volte la somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO";
purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato il ricovero.

D) per trattamenti fisioterapici e rieducativi, anche se effettuati in regime di ricovero, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato il ricovero e sempreché vengano effettuati da personale professionalmente abilitato. I presenti trattamenti sono rimborsati sino alla concorrenza di 10 volte la somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO", purché effettuati entro i 90 giorni successivi al ricovero (elevati a 180 giorni in caso di neoplasie maligne).

E) per assistenza infermieristica privata, durante il ricovero e nei 90 giorni successivi al ricovero presso il domicilio dell'Assicurato, sino alla concorrenza di 20 volte la somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO", elevato a 30 volte in caso di neoplasie maligne.

La presente garanzia è operante a condizione che il personale infermieristico sia professionalmente abilitato.

F) per trasporto dell'Assicurato per il ricovero con uso di qualsiasi mezzo sanitario in Italia ed all'estero per accedere all'istituto di cura, per il trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e per il rientro al domicilio.

La presente garanzia è prestata sino alla concorrenza di 25 volte la somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO".

4.2 Terapie oncologiche

Sono comprese in garanzia le spese sostenute per chemioterapia oncologica e radioterapia antitumorale, effettuate sia ambulatorialmente che in regime di day hospital.

4.3 Prestazione alternativa

In alternativa al rimborso delle spese di ricovero di cui all'Art. 4.1 lettera B), o nel caso in cui l'Assicurato non abbia per esso sostenuto spese, l'Assicurato stesso può optare per la corresponsione per ciascun giorno di ricovero protrattosi ininterrottamente per più di due giorni con almeno due pernottamenti, di una indennità pari alla somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO" per un massimo di 90 giorni. La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come una unica giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e quella della dimissione.

4.4 Limiti di Rimborso

La Società assicura il rimborso delle spese di cui all'Art. 4, sino alla concorrenza del capitale riportato sul modulo di polizza nella casella "RICOVERO SENZA INTERVENTO", complessivamente per uno o più ricoveri senza intervento chirurgico avvenuti nello stesso periodo assicurativo annuo per ciascuna persona assicurata e comunque per uno o più ricoveri senza intervento chirurgico dipendenti dalla stessa malattia o dal medesimo infortunio.

ART. 5 VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI

(la garanzia è operante solo se si è scelta la forma di garanzia G insieme alla combinazione di garanzia C o D)

5.1 Oggetto della garanzia

Qualora sul modulo di polizza risulti richiamata la FORMA DI GARANZIA G, nel caso di prestazione sanitaria al di fuori o indipendente da un ricovero, la Società rimborsa le spese sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio per: **esami, accertamenti diagnostici, visite specialistiche.**

Sono esclusi dall'assicurazione le visite pediatriche nonché le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici ed ortodontici.

Sono esclusi dall'assicurazione i check up e in generale tutti gli accertamenti non causalmente ricollegabili a stato di malattia o infortunio.

5.2 Limiti di rimborso

La garanzia prestata dall'Art. 5.1 è operante fino alla concorrenza della somma riportata sul modulo di polizza alla casella "VISITE ED ESAMI", complessivamente per uno o più sinistri avvenuti nello stesso periodo di assicurazione annuo.

5.3 Scoperto specifico

La Società rimborsa le spese indennizzabili ai sensi degli Artt. 5.1 e 5.2 previa detrazione di uno scoperto del 25% delle spese stesse, con il minimo di Euro 50,00 per ciascuna richiesta di rimborso per ciascun Assicurato, per accertamenti relativi ad una stessa patologia.

Lo scoperto specifico si sostituisce allo scoperto generale previsto dall'Art. 7 della presente sezione. L'eventuale sottoscrizione della forma di garanzia H (abrogazione dello scoperto generale di polizza) o della forma di garanzia K (riduzione al 15% dello scoperto generale di polizza) non comporta l'abrogazione o la riduzione dello scoperto specifico.

ART. 6 PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Le seguenti Prestazioni Aggiuntive sono valide qualora sul modulo di polizza risulti richiamata la **COMBINAZIONE DI GARANZIA D (Intervento chirurgico + Alta diagnostica + Ricovero senza intervento)**.

6.1 Complicazioni patologiche per interruzione volontaria della gravidanza

In caso di ricovero per sopravvenute complicazioni a seguito di interruzione volontaria della gravidanza esclusivamente se effettuata in Italia, presso un istituto di cura pubblico e nel rispetto della normativa di legge in vigore, la Società corrisponde, a decorrere dal terzo giorno di ricovero e per un massimo di dieci giorni, una indennità per ogni giorno di ricovero pari alla somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO".

6.2 Cure figli neonati ed adottati

Nel caso in cui risultino assicurati entrambi i genitori, la Società assicura il rimborso delle spese sanitarie sostenute durante il ricovero, a seguito di infortunio o malattia, del figlio neonato o del minore in affidamento preadottivo (senza necessità di indicazione in polizza). La garanzia è prestata esclusivamente per i primi 6 mesi di vita o di affidamento ed è operante a condizione che il parto o l'affidamento siano avvenuti trascorsi 360 giorni dalla data di effetto della polizza.

Relativamente al solo neonato, a parziale deroga dell'Art. 1.1 lettera f) delle Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'assicurazione, sono comprese in garanzia le spese sanitarie relative a ricoveri per interventi di correzione o eliminazione di malformazioni congenite.

6.3 Terapie mediche a seguito di infortunio in assenza di ricovero

La Società rimborsa le spese sanitarie sostenute, indipendentemente da ricovero, per:

- a) cure mediche (esclusi i medicinali e i tutori preconfezionati), gessatura, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- b) cure dentarie (escluse le protesi), a parziale deroga della lettera i) dell'Art. 1.1 delle Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'assicurazione;

a condizione che siano causalmente ricollegate all'attuazione di terapie prescritte da un medico a seguito di infortunio documentato da referto di Pronto soccorso o da adeguata documentazione strumentale.

La presente garanzia è operante fino alla concorrenza di 15 volte la somma riportata sul modulo di polizza alla casella "PARAMETRO", complessivamente per uno o più sinistri avvenuti nello stesso periodo di assicurazione annuo e per ciascun Assicurato.

6.3.1 Scoperto specifico

La Società rimborsa le spese indennizzabili ai sensi dell'articolo precedente previa detrazione di uno scoperto del 25% delle spese stesse, con il minimo di Euro 50,00 per ciascuna richiesta di rimborso per ciascun Assicurato, relativa allo stesso infortunio.

Lo scoperto specifico si sostituisce allo scoperto generale previsto dall'Art. 7 della presente sezione. L'eventuale sottoscrizione della forma di garanzia H (abrogazione dello scoperto generale di polizza) o della forma di garanzia K (riduzione al 15% dello scoperto generale di polizza) non comporta l'abrogazione o la riduzione dello scoperto specifico.

6.4 Tossicodipendenza - Alcolismo - A.I.D.S.

Fermo restando che l'assicurazione, come stabilito all'Art. 2 delle Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'assicurazione - Persone non assicurabili, cessa automaticamente nei confronti degli Assicurati che nel

corso del contratto diventassero tossicodipendenti o alcolisti o contraessero l'A.I.D.S., a parziale deroga si conviene che:

- a) **in caso di tossicodipendenza o alcolismo**, qualora l'Assicurato si sottoponga a cure di disintossicazione con ricovero presso Centri, Comunità o Istituti abilitati dalle competenti Autorità, in base alla vigente normativa, al recupero psico-fisico dei tossicodipendenti o degli alcolisti, la Società rimborsa le spese sostenute durante il ricovero presso detti centri, per un periodo massimo di 180 giorni, con il limite giornaliero indicato sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO".
La presente estensione di garanzia è operante solo per il primo ricovero.
Terminato il periodo di ricovero e comunque decorsi 180 giorni dal giorno di inizio del ricovero stesso, l'assicurazione cessa, indipendentemente dall'esito delle cure.
- b) **in caso di A.I.D.S.**, la garanzia viene prestata per gli ulteriori 180 giorni successivi alla data in cui l'A.I.D.S. sia risultata in fase conclamata da documentazione medica.
La Società rimborsa le spese sostenute a termini di polizza sino alla concorrenza di 200 volte la somma riportata sul modulo di polizza nella casella "PARAMETRO".

ART. 7 SCOPERTO A CARICO DELL'ASSICURATO

La Società rimborsa le spese indennizzabili ai sensi della presente Sezione I previa detrazione di uno scoperto del 25% dell'importo delle spese stesse.

Detto scoperto non viene applicato :

- a) qualora sia stata resa operativa la Combinazione di Garanzia B - Grande intervento chirurgico;
 - b) qualora, nell'ambito delle Garanzie assicurative, sia già previsto uno "scoperto specifico" (Art. 3.3, Art. 5.3 e Art. 6.3.1 della presente sezione); in questi casi opera il predetto "scoperto specifico";
 - c) in caso di ricovero in camere a pagamento di istituti di cura pubblici, limitatamente alle voci di spesa di cui alle lettere B degli Artt. 1.1 e 4.1 della presente sezione;
 - d) alle voci di spesa di ricovero (lettera B degli Artt. 1.1 e 4.1 della presente sezione) nel caso in cui operi la forma di garanzia ORO (Art. 9.1 della presente sezione) e l'Assicurato abbia utilizzato istituti di cura ed équipe sanitaria entrambi convenzionati con Sistema Salute Toro;
 - e) in caso di corresponsione della Prestazione Alternativa di cui agli Artt. 1.2 e 4.3 della presente sezione.
- Detto scoperto viene sempre applicato nei casi in cui non è ammesso il pagamento diretto (Art. 10.3 della presente sezione).

ART. 8 ABROGAZIONE O RIDUZIONE DELLO SCOPERTO

8.1 Abrogazione dello scoperto

In entrambe le forme di garanzia (ORO e AZZURRA, Art. 9) è possibile, evidenziando la lettera H, abrogare lo scoperto di cui all'Art. 7 della presente sezione.

Qualora sia stata resa operativa la COMBINAZIONE DI GARANZIA B (GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO), l'abrogazione dello scoperto è automatica.

L'abrogazione dello scoperto non opera per quelle garanzie per le quali sono previsti "scoperti specifici" (Art. 3.3, 5.3 e 6.3.1 della presente sezione): in questi casi opera il predetto "scoperto specifico".

8.2 Riduzione dello scoperto

In entrambe le forme di garanzia (ORO e AZZURRA, Art. 9) è possibile, evidenziando la lettera K, ridurre al 15% lo scoperto di cui all'Art. 7 della presente sezione.

La riduzione dello scoperto non opera per quelle garanzie per le quali sono previsti "scoperti specifici" (Art.

3.3, 5.3 e 6.3.1 della presente sezione): in questi casi opera il suddetto “scoperto specifico”.
Le modalità applicative dello scoperto ridotto sono le stesse previste all’Art. 7 della presente sezione.

ART. 9 FORMA DI GARANZIA

Relativamente alla Sezione I Rimborso spese, sono previste due forme di garanzia:

- ORO (lettera E alla casella FORMA DI GARANZIA /SCOPERTO riportata sul modulo di polizza);
- AZZURRA (lettera F alla casella FORMA DI GARANZIA /SCOPERTO riportata sul modulo di polizza).

9.1 Forma Oro

In forza della scelta di tale forma di garanzia, in caso di ricovero o intervento chirurgico:

- a) qualora l’Assicurato utilizzi le prestazioni di erogatori sanitari convenzionati con il Sistema Salute Toro la Società provvede al **pagamento diretto** delle spese garantite, secondo le modalità previste dall’Art. 10 – Sistema a pagamento diretto
- b) qualora l’Assicurato non utilizzi le prestazioni di erogatori sanitari convenzionati con il Sistema Salute Toro la Società effettua, al termine delle cure sanitarie, il **rimborso all’Assicurato delle spese** garantite, secondo le modalità previste dall’Art. 11 – Sistema a rimborso

9.2 Forma Azzurra

In forza della scelta di tale forma di garanzia, in caso di ricovero o di intervento chirurgico, la Società effettua, al termine delle cure sanitarie, il **rimborso all’Assicurato delle spese** garantite, secondo le modalità previste dall’Art. 11 – Sistema a rimborso.

ART. 10 SISTEMA A PAGAMENTO DIRETTO

(Usufruibile solo in caso di scelta di Forma ORO)

L'Assicurato che necessiti di un ricovero, o di un intervento chirurgico, prescritto dal medico con diagnosi circostanziata, può preventivamente richiedere che le spese garantite in base alla presente sezione siano pagate dalla Società, per suo conto, direttamente all'istituto di cura ed all'équipe sanitaria convenzionati, secondo le modalità, le condizioni ed i limiti di seguito precisati.

La Società, prima di concedere il pagamento diretto, si riserva di richiedere ulteriore documentazione e di effettuare eventuali accertamenti preventivi tramite i propri medici fiduciari.

Qualora l'Assicurato abbia avuto conferma della prenotazione presso l'istituto di cura convenzionato, la richiesta equivale a tutti gli effetti a denuncia del sinistro effettuata alla Società.

Eventuali pagamenti dell'Assicurato al medico o alla clinica comportano la rinuncia al pagamento diretto. Non sono indennizzabili eventuali richieste di rimborso per pagamenti effettuati direttamente dall'Assicurato, in aggiunta a quanto liquidato dalla Società agli erogatori sanitari convenzionati.

10.1 Come richiedere il pagamento diretto

a) La richiesta per ottenere il pagamento diretto deve essere effettuata contattando telefonicamente la Centrale Operativa (vedere l'allegato: "Modalità per l'accesso alla Centrale Operativa").

In ogni caso comunicare:

- 1 - NUMERO DI POLIZZA
- 2 - COGNOME E NOME DELL'ASSICURATO CHE NECESSITA DI RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO
- 3 - CAUSALE DEL RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO (LETTURA DELLA CERTIFICAZIONE MEDICA)
- 4 - INDIRIZZO TEMPORANEO SE DIVERSO DAL DOMICILIO
- 5 - RECAPITO TELEFONICO

b) La preventiva richiesta dell'Assicurato alla Centrale Operativa, da effettuarsi almeno 24 ore prima del ricovero, l'invio della prescrizione del medico che certifichi la necessità del ricovero o dell'intervento chirurgico e la successiva conferma da parte della Centrale Operativa dell'avvenuta prenotazione sono condizioni necessarie per usufruire del sistema a pagamento diretto.

10.2 Come si procede al pagamento diretto

a) La Centrale Operativa, ricevuta la richiesta corredata dei documenti giustificativi, provvede ad individuare l'istituto di cura e l'équipe sanitaria convenzionati di gradimento dell'Assicurato, quindi provvede ad effettuare la prenotazione, dandone espressa conferma all'Assicurato stesso.

b) La Società provvede ad effettuare il pagamento delle spese garantite direttamente all'istituto di cura ed all'équipe sanitaria convenzionati, fermo quanto indicato nel successivo punto 10.4.

c) A seguito della richiesta del pagamento diretto, l'Assicurato libera dal segreto professionale, nei confronti della Centrale Operativa e della Società, i medici che lo hanno avuto in cura e autorizza il personale della Centrale stessa a ritirare, presso l'istituto di cura nel quale è avvenuto il ricovero, l'originale delle fatture, notule, distinte e ricevute, fiscalmente valide e debitamente quietanzate e copia della cartella clinica completa, compresi gli esami effettuati durante il ricovero.

Le fatture, notule, distinte e ricevute di cui sopra saranno successivamente restituite dalla Società all'Assicurato debitamente quietanzate dalla stessa.

10.3 Quando non è ammesso il pagamento diretto

Ferma la facoltà per la Società di non consentire il pagamento diretto sulla base degli esiti degli accertamenti disposti e della documentazione acquisita, il sistema di pagamento diretto non è comunque ammesso:

- a) per ricoveri o interventi chirurgici, resi necessari da malattia, da effettuarsi prima che siano trascorsi 180 giorni dalla data di effetto della presente polizza, salvo che la stessa sia stata emessa in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altra polizza stipulata con la Società per lo stesso rischio, gli stessi Assicurati e le stesse garanzie, nel qual caso il predetto termine di 180 giorni decorrerà dalla data di effetto della polizza sostituita;
- b) per spese relative a parto, con o senza taglio cesareo, e aborto;
- c) per spese sostenute prima o dopo il ricovero;
- d) per ricoveri o interventi chirurgici resi necessari da malattie o infortuni diversi da quelli per i quali è stato autorizzato il pagamento diretto;
- e) quando l'istituto di cura e/o l'équipe medica non risultino convenzionati;
- f) quando l'istituto di cura risulta convenzionato e l'équipe medica non risulta convenzionata.

In caso di équipe medica non convenzionata, lo scoperto verrà applicato sulla totalità delle spese di ricovero.

Fa eccezione il caso in cui sia stata resa operativa l'abrogazione dello scoperto (lettera H della casella FORMA DI GARANZIA/SCOPERTO), nel qual caso il pagamento diretto non è ammesso per i soli onorari dell'équipe medica. Resta invece operativo per le spese, rimborsabili a termini di polizza, relative all'Istituto di cura;

- g) quando siano trascorse meno di 24 ore tra la richiesta dell'Assicurato alla Centrale Operativa ed il ricovero;
- h) nel caso in cui non sia stata trasmessa la documentazione medica richiesta dalla Centrale Operativa o l'Assicurato non si sia sottoposto agli accertamenti preventivi richiesti dalla Centrale Operativa.

In tutti questi casi, il rimborso, se dovuto, sarà effettuato secondo le modalità di cui al successivo Art. 11 - Sistema a rimborso.

Sono comunque escluse dal pagamento diretto le spese o eccedenze di spese non rimborsabili a termini di polizza.

10.4 Valutazione sull'indennizzabilità del sinistro

La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte della Centrale Operativa, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione della Società sulla indennizzabilità del sinistro a termini di polizza.

La Società si riserva la facoltà di rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, nonché di richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate, nella misura in cui, in base alla polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la prestazione garantita.

ART. 11 SISTEMA A RIMBORSO

Il sistema a rimborso delle spese garantite viene applicato:

- nel caso sia stata scelta la Forma Azzurra (lettera F riportata alla casella FORMA DI GARANZIA sul modulo di polizza);
- in tutti i casi in cui non sia ammesso il pagamento diretto (Art. 10.3 della presente sezione).

11.1 Come richiedere il rimborso

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica che contenga la diagnosi ed i motivi delle prestazioni prescritte.

L'Assicurato deve sottoporsi, a spese della Società, agli accertamenti e controlli medici disposti dalla stessa, fornire ogni informazione e produrre copia conforme della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso (articolo 1915 del Codice Civile).

11.2 Come si procede al rimborso

La Società rimborsa le spese garantite a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative note, distinte e ricevute fiscalmente valide e debitamente quietanzate.

Qualora l'Assicurato, sempreché non abbia optato per la corresponsione della prestazione alternativa prevista agli Art. 1.2 e 4.3 della presente sezione, abbia presentato a terzi l'originale delle fatture per ottenere un rimborso, la Società effettua il rimborso di quanto dovuto a termini della presente polizza al netto di quanto a carico dei predetti terzi, dietro presentazione della copia delle fatture e delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento in originale comprovante il rimborso effettuato dai suddetti terzi.

Se l'Assicurato si è avvalso dell'Assistenza Sanitaria Nazionale in forma diretta o indiretta, la Società rimborserà le eventuali spese sostenute in proprio dall'Assicurato, indennizzabili a termini di polizza, sempreché l'Assicurato stesso non abbia optato per la corresponsione della prestazione alternativa prevista agli Artt. 1.2. e 4.3 della presente sezione.

Ricevuta la prevista documentazione e compiuti gli accertamenti richiesti, la Società liquida entro 30 giorni lavorativi i rimborsi che risultino dovuti.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Per un ulteriore approfondimento vedere **“Cosa fare in caso di sinistro”** a pagina **35**.

ART. 1 GARANZIA BASE - DIARIA DA RICOVERO

La Società assicura la corresponsione di un importo pari a quello indicato sul modulo di polizza nella casella “DIARIA DA RICOVERO” per ogni giorno di ricovero in istituto di cura sia in Italia che all'estero, reso necessario da:

- malattia o infortunio
- parto o aborto spontaneo o post-traumatico

sino ad un massimo di 360 giorni complessivamente per uno o più ricoveri dipendenti dalla stessa malattia o dal medesimo infortunio.

Agli effetti del computo dell'indennizzo dovuto, il primo e l'ultimo giorno di ricovero si considerano un solo giorno.

Per il parto senza taglio cesareo la somma giornaliera assicurata viene corrisposta forfettariamente per 3 giorni, anche se vi siano state complicanze.

Per il parto con taglio cesareo la somma giornaliera assicurata viene corrisposta forfettariamente per 5 giorni, anche se vi siano state complicanze.

In caso di ricovero in istituto di cura in Italia o all'estero per Grande Intervento Chirurgico, compreso tra quelli di cui all'Allegato 1, la Società corrisponde per ogni giorno di ricovero un importo pari al doppio di quello indicato sul modulo di polizza nella casella “DIARIA DA RICOVERO”, sino ad un massimo di 360 giorni, complessivamente per uno o più ricoveri dipendenti dalla stessa malattia o dal medesimo infortunio.

Limitatamente ai casi di intervento chirurgico, chemioterapia oncologica e radioterapia antitumorale, il Day hospital e il Day surgery sono equiparati al ricovero purché sia rilasciata la relativa cartella clinica da parte dell'istituto di cura.

ART. 2 GARANZIA FACOLTATIVA - DIARIA DA CONVALESCENZA E GESSATURA

La Società assicura la corresponsione di un importo pari a quello indicato sul modulo di polizza nella casella “DIARIA DA CONVALESCENZA” per ogni giorno di convalescenza o gessatura, con le seguenti modalità:

- a) in caso di convalescenza, successiva ad uno o più ricoveri dipendenti dallo stesso infortunio o dalla stessa malattia, indennizzabili ai sensi del precedente Art. 1 Garanzia base, per ogni giorno di convalescenza purché prescritta e documentata dal medico curante, con un limite massimo di 20 giorni o, se più favorevole per l'assicurato, per un numero massimo di giorni complessivamente non superiore a tre volte quelli di ciascun ricovero, comunque con il limite massimo di 120 giorni.

Agli effetti del computo dell'indennizzo dovuto, il primo e l'ultimo giorno di ricovero si considerano un solo giorno.

Per il parto senza taglio cesareo la somma giornaliera assicurata viene corrisposta forfettariamente per 2 giorni, anche se vi siano state complicanze.

Per il parto con taglio cesareo la somma giornaliera assicurata viene corrisposta forfettariamente per 5 giorni, anche se vi siano state complicanze.

- b) in caso di gessatura conseguente ad infortunio con o senza ricovero che rientri nella fattispecie di cui alla voce “Gessatura” delle Definizioni di polizza (pag. 47), per ogni giorno di gessatura, a decorrere:
- in caso di immobilizzazione con gesso o materiali simili, dalle ore 24 del giorno dell'applicazione della gessatura, sino al giorno della sua rimozione, ma comunque per un periodo non superiore a 20 giorni per le dita e a 60 giorni in tutti gli altri casi;
 - in caso di immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni, fissatori esterni, stecche digitali per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione, ma comunque per un periodo non superiore a 20 giorni in caso di frattura delle dita e di 60 giorni in tutti gli altri casi;

– in caso di frattura scomposta di coste o del bacino o di frattura composta di almeno due archi costali per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione, ma comunque per un periodo non superiore a 60 giorni.

In caso di gessatura conseguente ad infortunio con ricovero l'Assicurato, in alternativa, potrà scegliere la soluzione a) se a lui più favorevole.

Qualora a seguito della gessatura sia prescritta una convalescenza di almeno 5 giorni, la Società corrisponde forfettariamente un'ulteriore indennità per un numero di giorni pari al 25% di quelli di gessatura, con il massimo di 10 giorni.

Per una migliore comprensione la gessatura può essere così schematizzata:

TIPO DI IMMOBILIZZAZIONE	GESSO O MATERIALI SIMILARI	TUTORI ORTOPEDICI FISSATORI ESTERNI STECCHE DIGITALI	CASI PARTICOLARI
TIPO DI LESIONE	TUTTE	FRATTURE OSSEE, LESIONI CAPSULARI ROTTURE LEGAMENTOSE COMPLETE O PARZIALI (DISTORSIONI)	FRATTURA SCOMPOSTA DELLE COSTE E DEL BACINO O FRATTURA COMPOSTA DI ALMENO DUE ARCHI COSTALI
DURATA DELLA CORRESPONSIONE DELLA DIARIA	SINO AL GIORNO DELLA RIMOZIONE CON IL MASSIMO DI 20 GIORNI PER LE DITA E 60 GIORNI IN TUTTI GLI ALTRI CASI	PER TUTTO IL PERIODO DI DOCUMENTATA IMMOBILIZZAZIONE CON IL MASSIMO DI 20 GIORNI PER FRATTURA DELLE DITA E 60 GIORNI IN TUTTI GLI ALTRI CASI	PER TUTTO IL PERIODO DI DOCUMENTATA IMMOBILIZZAZIONE CON IL MASSIMO DI 60 GIORNI PER LE COSTE E IL BACINO
TUTTI I TIPI DI LESIONE DEVONO COMUNQUE ESSERE CLINICAMENTE DIAGNOSTICATI E DOCUMENTATI CON RADIOGRAFIE O TAC O RM O IN ECOGRAFIA O IN ARTROSCOPIA			

ART. 3 DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica che contenga la diagnosi ed i motivi del ricovero o della gessatura, nonché l'entità e la sede delle lesioni in caso di infortunio.

L'Assicurato deve sottoporsi a spese della Società agli accertamenti e controlli medici, disposti dalla stessa, fornire ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 del Codice Civile).

ART. 4 DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione:

- per la Diaria da Ricovero, compreso Day Hospital e Day Surgery, di copia conforme della cartella clinica completa, dalla quale risulti la diagnosi circostanziata e la durata del ricovero;
- per la Diaria da Convalescenza dei relativi certificati medici;
- per la Gessatura, dei certificati medici attestanti l'entità e la sede delle lesioni, la data di rimozione del gesso, il periodo di effettiva immobilizzazione nei casi diversi dall'applicazione del gesso.

Le garanzie prestate dalla presente sezione II sono operanti a condizione che le lesioni siano clinicamente diagnosticate e documentate mediante radiografia, TAC (tomografia assiale computerizzata), RM (risonanza magnetica) o in ecografia o in artroscopia.

ART. 1 OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società, alle condizioni ed entro i limiti di seguito riportati si obbliga a prestare all'Assicurato che, a causa di infortunio o malattia, ne abbia necessità, le assistenze descritte nella presente sezione.

La Società declina ogni responsabilità per ritardi o impedimenti nell'esecuzione di tali prestazioni che siano dovuti a:

- disposizioni delle Autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto;
- ogni circostanza fortuita od imprevedibile;
- cause di forza maggiore.

Qualora invece l'Assicurato non fruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.

Le prestazioni di assistenza sono fornite, per conto della Società, dalla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno.

Salvo quando indicato diversamente tutte le prestazioni vengono fornite al massimo 3 volte per anno assicurativo.

A seconda di quanto indicato nel modulo di polizza alla sezione III - Assistenze e Servizi le coperture sono quelle indicate nelle sezioni elencate per ogni combinazione di garanzia:

N: Assistenza base, Medical Advice Program;

P: Assistenza base, Medical Advice Program, Assistenza Domiciliare;

R e S: Assistenza base, Medical Advice Program, Assistenza Domiciliare Integrata;

T e U: Assistenza base, Medical Advice Program, Assistenza Domiciliare Integrata e Telemedicina.

ART. 2 ASSISTENZA BASE

(la garanzia è operante solo se si è scelta una tra le combinazioni di garanzia N), P), R), S), T) o U))

2.1 ASSISTENZA FUORI RICOVERO**2.1.1. Informazioni sanitarie**

(Operante da lunedì al venerdì dalle ore 9.00 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 Centrale Operativa, la quale fornirà informazioni relativamente a:

- 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 UE ed extra UE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti;
- farmaci.

2.1.2 Consulenza medica

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 Centrale Operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

2.1.3 Consulenza cardiologica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

2.1.4 Consulenza geriatrica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

2.1.5 Consulenza ginecologica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

2.1.6 Consulenza pediatrica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia del proprio bambino, necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

2.1.7 Invio di un medico generico in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 il sabato e giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese della Società, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

2.1.8 Trasferimento dall'Italia 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 Centrale Operativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Centrale Operativa provvederà:

- 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;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario (solo per i Paesi Europei);
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
 - treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso;
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai Medici della Centrale Operativa.

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.

2.1.9 Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato, a seguito della prestazione di cui al precedente punto 2.1.8, sia dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Centrale Operativa provvederà al suo rientro in Italia con il mezzo che i medici della Centrale Operativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società fino ad un importo massimo di Euro 10.000,00, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Centrale Operativa stessa.

2.1.10 Trasporto in Italia con autoambulanza o taxi a seguito di dimissioni

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di essere trasportato dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato al domicilio, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza oppure un taxi per permettere all'Assicurato, e ad un eventuale accompagnatore, di raggiungere il luogo scelto dall'Assicurato.

La Società terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo per sinistro di 200 km (a/r) per l'autoambulanza e fino a Euro 50,00 per il taxi.

2.2 ASSISTENZA DURANTE IL RICOVERO

2.2.1 Assistenza ai minori

Qualora l'Assicurato risulti ricoverato in Italia per una durata superiore a 10 giorni, in caso di presenza di minori di 15 anni ed in assenza di altri parenti conviventi, la Centrale Operativa organizzerà il trasferimento di un parente presso il domicilio dell'Assicurato o dei minori presso le persone designate dall'Assicurato. I costi sono a carico della Società con un limite complessivo per anno assicurativo di Euro 800,00.

2.2.2 Pensione per gli animali domestici

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero di durata superiore a 10 giorni, fosse impossibilitato ad accudire i propri animali domestici, la Centrale Operativa organizzerà il pensionamento di cani e gatti per il periodo del ricovero e comunque per un numero di giorni non superiore a 20 e con una spesa massima di Euro 350,00 per sinistro.

2.2.3 Segreteria telefonica

Qualora l'Assicurato risulti ricoverato in Italia per una durata superiore a 10 giorni o all'estero, la Centrale Operativa metterà a disposizione il proprio centralino per ricevere e trasmettere qualsiasi comunicazione. Il servizio di segreteria verrà fornito per un massimo di 30 giorni dalla data del sinistro. La Centrale Operativa non è responsabile del contenuto delle comunicazioni.

2.3 ASSISTENZA IN VIAGGIO

Le prestazioni che seguono sono fornite quando il sinistro si verifica ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

2.3.1 Organizzazione del viaggio per accudire l'Assicurato

Qualora l'Assicurato, ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, necessiti di qualcuno che possa prendersene cura, la Centrale Operativa organizzerà il viaggio di una persona, residente in Italia, di fiducia dell'Assicurato o della Sua famiglia, in caso di incapacità di decisione da parte dell'Assicurato.

La Società terrà a proprio carico i costi dei mezzi di trasporto fino ad un massimo per sinistro e per anno di 500,00 Euro se accaduto in Italia e di 1.000,00 Euro se accaduto all'estero.

2.3.2 Spese d'albergo

Qualora l'Assicurato, ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, necessiti di qualcuno che possa prendersi cura di Lui, la Centrale Operativa provvederà a ricercare e prenotare un albergo. La Società terrà a proprio carico il costo di pernottamento e prima colazione fino ad un massimo di 150,00 Euro per giorno con un limite per sinistro e per anno di 400,00 Euro se accaduto in Italia. Nel caso di sinistro accaduto all'estero la Società terrà a proprio carico il costo di pernottamento e prima colazione, fino ad un massimo di 200,00 Euro per giorno con un limite di 750,00 Euro per sinistro e per anno.

2.3.3 Accompagnamento minori

Qualora l'Assicurato, accompagnato da minori di 14 anni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro in seguito ad infortunio o malattia, la Centrale Operativa metterà a disposizione di una persona (residente in Italia, di fiducia dell'Assicurato o di un familiare dei minori, in caso di incapacità di decisione da parte dell'Assicurato) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo.

2.3.4 Rientro sanitario

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

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

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

La Società, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, 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;
- le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

La prestazione non è altresì dovuta qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso addivengano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

2.3.5 Rientro con un accompagnatore

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'Assicurato, in base alle condizioni della prestazione di cui al punto 2.3.4 Rientro sanitario che precede, ed i medici della Centrale Operativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Centrale Operativa organizzerà anche il viaggio di rientro con un accompagnatore presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo. La Società ha il diritto di richiedere all'accompagnatore dell'Assicu-

rato, qualora ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, o altri documenti di viaggio non utilizzati.

2.3.6 Rientro del convalescente

Qualora l'Assicurato, convalescente dopo un ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, non siano in grado di rientrare alla Sua abitazione con il mezzo inizialmente previsto, la Centrale Operativa organizzerà il Suo rientro a domicilio in Italia in treno (prima classe o vagone letto) o aereo (in classe economica), tenendo la Società a proprio carico il relativo costo.

2.3.7 Rientro degli accompagnatori

Qualora, a seguito della prestazione di cui al punto 2.3.4 Rientro sanitario che precede, gli accompagnatori che viaggiano con l'Assicurato siano impossibilitati a rientrare con il mezzo inizialmente previsto, la Centrale Operativa provvederà a fornire a questi ultimi, per il rientro in Italia, un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica), tenendo la Società a proprio carico le relative spese, fino ad un massimo per anno e per sinistro di 500,00 Euro se accaduto in Italia e di 1.000,00 Euro se accaduto all'estero.

2.3.8 Rientro salma

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia deceduto, la Centrale Operativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di 5.000,00 Euro per sinistro. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo diventerà operante dal momento in cui la Centrale Operativa 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.

Le prestazioni che seguono sono fornite quando il sinistro si verifica all'estero.

2.3.9 Informazioni e segnalazione di medicinali corrispondenti all'estero

Qualora l'Assicurato, trovandosi all'estero, necessitasse di ricevere informazioni su specialità medicinali regolarmente registrate in Italia, la Centrale Operativa segnalerà i medicinali corrispondenti, se esistenti, reperibili sul posto.

2.3.10 Prolungamento del soggiorno all'estero

Qualora l'Assicurato, a causa di infortunio o malattia, come risultante da prescrizione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro in Italia alla data stabilita, la Centrale Operativa, ricevuta la sua comunicazione, organizza il prolungamento del suo soggiorno in albergo (pernottamento e prima colazione), tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di tre giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di 100,00 Euro al giorno.

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

2.3.11 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 Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete, tenendone la Società 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 Centrale Operativa.

2.3.12 Traduzione cartelle cliniche

Qualora l'Assicurato fosse ricoverato all'estero ed avesse bisogno di ricevere la propria cartella clinica tradotta in inglese, francese, spagnolo o tedesco, sarà sufficiente che dia l'indicazione di fare consegnare alla Centrale Operativa la cartella stessa, e la Centrale si occuperà di tradurla e di inviarla all'indirizzo indicato dall'Assicurato o da chi per lui. I costi della traduzione e della successiva spedizione resteranno a carico della Società.

ART. 3 MEDICAL ADVICE PROGRAM

(la garanzia è operante solo se si è scelta una tra le combinazioni di garanzia N), P), R), S), T) o U))

Le prestazioni che seguono sono fornite dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 esclusi i festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato abbia un'alterazione dello stato di salute, per la quale è già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico, e desideri richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico - diagnostica, verrà, attraverso gli operatori della Centrale Operativa, messo in contatto con la Centrale di Telemedicina che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri di eccellenza facenti parte del Network Salute. L'Assicurato dovrà telefonare alla Centrale Operativa che lo metterà in contatto con la Centrale di Telemedicina, cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere da parte degli specialisti dei Centri di eccellenza del Network Salute.

a) Consulenza Medica di Secondo Livello

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

b) Attivazione della rete Nazionale di "Centri di eccellenza"

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva dei medici della Centrale Operativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico, ed all'elaborazione dei quesiti che verranno sottoposti ai Medici Specialisti dei "Centri di eccellenza". Tutti i dati clinici, saranno trasmessi attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri ai Centri Medici di Riferimento. Il Centro Medico di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso. I medici specialisti dei "Centri di eccellenza" formuleranno la propria risposta scritta, che verrà inviata alla Centrale di Telemedicina che, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo, ove occorra, ad interpretarla. La Società terrà a proprio carico tutti i costi.

c) Attivazione del secondo parere Internazionale

Qualora su indicazione dei medici della Centrale Operativa o di quelli dei "Centri di eccellenza" nazionale, si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali, queste verranno contattate dai medici della Centrale Operativa al fine di erogare il servizio di secondo parere internazionale. Tale servizio prevede la raccolta della documentazione del cliente, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico al Centro Internazionale individuato e la predisposizione di un secondo parere scritto da parte del centro internazionale.

ART. 4 ASSISTENZA DOMICILIARE

(la garanzia è operante solo se si è scelta la combinazione di garanzia P))

Le prestazioni che seguono sono fornite al domicilio dell'Assicurato, purché situato in Italia, dopo le sue dimissioni da un ricovero con intervento chirurgico, indennizzabile a termini di polizza, della durata di almeno 4 giorni.

4.1 Oggetto della prestazione

Qualora l'Assicurato necessiti di personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale), la Centrale Operativa, previa valutazione da parte dei propri medici di un'adeguata certificazione, redatta dal medico che ha seguito l'Assicurato durante il ricovero e attestante l'effettiva necessità dell'assistenza e dell'esatta natura della prestazione da erogare, provvede all'invio di un professionista fino ad un massimo di 20 ore complessive di prestazione, da utilizzarsi entro i 30 giorni successivi alla data di dimissione dall'istituto di cura. Qualsiasi prestazione di durata inferiore all'ora verrà conteggiata come 1 ora effettiva.

Le prestazioni indicate sono operanti solo ed esclusivamente in Italia.

4.2 Obblighi dell'Assicurato e delimitazioni

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni e la durata dell'assistenza domiciliare, una volta accertata la necessità della prestazione, verranno definite dalla Centrale Operativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine, la Centrale Operativa dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso.

L'Assicurato avrà l'obbligo di presentare nei tempi previsti dal comma precedente un certificato redatto dal medico che lo ha seguito durante il ricovero, recante diagnosi, anamnesi, tipologia di cura subita e natura delle prestazioni di cui l'Assicurato necessita. L'inadempienza a tale obbligo comporta la decadenza dal diritto alla prestazione.

ART. 5 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

(la garanzia è operante solo se si è scelta una tra le combinazioni di garanzia R), S), T) o U))

Le prestazioni che seguono sono fornite al domicilio, purché situato in Italia, dell'Assicurato dopo le sue dimissioni da un ricovero, dovuto a malattia o infortunio, della durata di almeno 4 giorni (combinazioni di garanzia R e T) o 7 giorni (combinazioni di garanzia S e U) se con intervento chirurgico o di almeno 10 giorni se senza intervento chirurgico.

In caso di ricovero con intervento chirurgico in Ospedale pubblico la durata minima del ricovero è ridotta di un giorno.

5.1 Oggetto della prestazione

La Centrale Operativa, su richiesta scritta da parte del medico curante dell'Assicurato, recante diagnosi, anamnesi, tipologia di cura subita e natura delle prestazioni di cui l'Assicurato necessita (l'inadempienza a tale obbligo comporta la decadenza dal diritto alla prestazione), organizza e gestisce la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di personale medico e paramedico convenzionato per un

massimo di 30 giorni consecutivi dopo le dimissioni dall'istituto di cura, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo.

Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dalla Centrale Operativa in accordo con il medico curante dell'Assicurato.

La Centrale Operativa dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso.

5.2 Prestazioni professionali

Qualora l'Assicurato necessiti di personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale) la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, garantisce l'invio di un professionista fino ad un massimo di 3 volte complessive per ogni episodio di ricovero e comunque entro 30 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo.

La Centrale Operativa concorderà preventivamente con l'Assicurato le modalità per l'accesso al servizio e a tal fine dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso.

5.3 Servizi sanitari

Qualora l'Assicurato necessiti di:

- eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie ed altri accertamenti diagnostici, purchè effettuabili al domicilio;
- usufruire del ritiro e della consegna al proprio domicilio degli esiti di esami ed accertamenti diagnostici;
- usufruire della consegna al proprio domicilio di farmaci e articoli sanitari;

la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino a 3 volte complessive per ogni episodio di ricovero e comunque entro 30 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo.

La Centrale Operativa concorderà preventivamente con l'Assicurato le modalità per l'accesso al servizio e a tal fine dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso.

5.4 Servizi non sanitari

Qualora l'Assicurato necessiti di svolgere incombenze connesse con la vita familiare quotidiana quali pagamento di bollettini postali, acquisto di generi di prima necessità, incombenze amministrative, disbrigo di faccende domestiche, sorveglianza minori, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare proprio personale di servizio fino a 8 ore complessive per ogni episodio di ricovero e comunque entro 30 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo. La durata di ogni uscita del personale di servizio non potrà comunque mai essere inferiore alle 2 ore. La Centrale Operativa concorderà preventivamente con l'Assicurato le modalità per l'accesso al servizio e a tal fine dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso.

ART. 6 TELEMEDICINA

(la garanzia è operante solo se si è scelta la combinazione di garanzia T) o U))

Le prestazioni che seguono sono fornite al domicilio, purchè situato in Italia, dell'Assicurato dopo le sue dimissioni da un ricovero, dovuto a malattia o infortunio, della durata di almeno 4 giorni (combinazione di garanzia T) o 7 giorni (combinazione di garanzia U) se con intervento chirurgico o di almeno 10 giorni se senza intervento chirurgico.

In caso di ricovero con intervento chirurgico in Ospedale pubblico la durata minima del ricovero è ridotta di un giorno.

Teleassistenza

Qualora l'Assicurato necessiti, previo accertamento dei medici della Centrale Operativa in accordo con il medico curante, di assistenza tramite l'ausilio di un sistema di controllo a distanza, la Società, tramite la Centrale Operativa, organizza e gestisce l'invio di personale tecnico per l'installazione, ove possibile ed in dipendenza di requisiti tecnici minimi dell'infrastruttura e cablaggio dell'abitazione dell'Assicurato, presso il domicilio dell'Assicurato in Italia di un sistema di comunicazione audio visuale per un massimo di 30 giorni.

Tale sistema, in collegamento con la Centrale di Telemedicina, permette di monitorare periodicamente lo stato di salute e di gestire eventuali necessità sanitarie e di attivare i seguenti servizi:

1. Distance Care

Possibilità di interagire con i servizi di guardia medica o infermieristica, medicina specialistica, o di attivare la Centrale Operativa per molte altre necessità, tramite un collegamento audio-visuale reso possibile dall'installazione presso il domicilio dell'Assicurato di un apparato per la videocomunicazione tra il domicilio dell'Assicurato e la Centrale di Telemedicina, per una gestione medico-sanitaria a distanza.

2. Tele biometria

Possibilità di monitorare alcuni parametri per via trans-cutanea (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, glicemia, ossigenazione del sangue ...) e di comunicarli per via telematica alla Centrale di Telemedicina.

3. Tele cardiologia

Possibilità di eseguire elettrocardiogrammi a distanza con apparecchi semplici e con trasmissione per via analogica o digitale dei segnali alla Centrale di Telemedicina per eseguire controlli cardiologici a distanza.

4. Tele spirometria

Possibilità di eseguire traccati spirometrici (analisi di flusso respiratorio) a distanza con apparecchi semplici e con trasmissione per via analogica o digitale dei segnali alla Centrale di Telemedicina per eseguire controlli pneumologici a distanza.

ART. 1 RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE**1.1 Relativamente a tutte le sezioni**

L'assicurazione non è operante in caso di:

- a) infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o da atti contro la sua persona da lui stesso volontariamente compiuti o consentiti;
- b) infortuni causati dall'abuso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- c) infortuni occorsi in conseguenza di:
 - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, maremoti e calamità naturali in genere;
 - tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati ai quali l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- d) prestazioni sanitarie successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della polizza, anche se la malattia si è manifestata, o l'infortunio è avvenuto, durante la validità della garanzia, ad eccezione delle spese relative ai ricoveri iniziati durante il periodo di validità dell'assicurazione e protrattisi successivamente senza soluzione di continuità sino alla data di dimissione;
- e) conseguenze dirette di infortuni, malattie o stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società, con dolo o colpa grave, all'atto della stipula del contratto;
- f) cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni (intendendosi per tale la formazione anomala di parti anatomiche) obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati prima della stipulazione della polizza;
- g) malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- h) aborto non terapeutico;
- i) cure dentarie e parodontopatie, protesi dentarie ed ortodontiche, nonché visite e accertamenti diagnostici odontoiatrici ed ortodontici;
- l) prestazioni aventi finalità estetiche;
- m) cure e interventi determinati da sieropositività H.I.V.

1.2 Relativamente alla sola Sezione III - Assistenze e Servizi

Ad integrazione di quanto previsto al punto 1.1, l'assicurazione non è operante per:

- a) le spese sostenute dall'Assicurato senza la preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa;
- b) le assistenze conseguenti a patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre il 6° mese;
- c) le assistenze per malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali;
- d) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso ai 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;
- e) prestazioni in paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

ART. 2 PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione qualora al momento della stipulazione del contratto fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - psicofarmaci) o da AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, forme maniaco-depressive o disturbi paranoici, resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile. La cessazione dell'assicurazione in corso comporta l'obbligo per la Società - a parziale deroga dell'art. 1898 del Codice Civile - di rimborsare al Contraente la parte di premio pagato e non goduto, relativa al periodo successivo alla comunicazione da parte del Contraente, o comunque all'accertamento da parte della Società, delle sopravvenute cause di non assicurabilità.

ART. 3 DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE**3.1 Attività Sportive**

Fermo quanto previsto dall'Art. 1.2 della presente sezione, l'assicurazione non è operante per le conseguenze di infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport sempreché costituiscano per l'Assicurato attività professionale principale:

- pugilato e atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, rugby, football americano, calcio, sport equestri, hockey e ciclismo;
- corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore.

3.2 Servizio Militare

L'assicurazione non vale per le conseguenze di infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale - fermo il diritto per il Contraente di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa - nonché infortuni subiti durante la partecipazione a operazioni ed interventi militari, fuori dai confini della Repubblica Italiana - fermo il diritto per il Contraente di richiedere la sospensione dell'assicurazione.

Nel caso di risoluzione, spetta al Contraente il rimborso della parte di premio, al netto dell'imposta, pagato e non goduto; nel caso di sospensione, l'Assicurato ha diritto ad ottenere la prosecuzione gratuita dell'assicurazione al termine della sospensione, per un periodo uguale a quello della sospensione stessa.

3.3 Guerra

Fermo quanto previsto dall'Art. 1.2 della presente sezione, l'assicurazione non vale per le conseguenze di infortuni derivanti da guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione.

La garanzia è invece operante per le conseguenze di infortuni derivanti da guerra anche civile, insurrezione, invasione, occupazione militare che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità sempreché l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso da tali eventi mentre già si trovava all'estero.

ART. 4 PERIODI DI ASPETTATIVA

4.1 Relativamente alle Sezioni I e II, la garanzia decorre:

a) per gli infortuni

- dal momento in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia delle Norme comuni a tutte le sezioni, ha effetto l'assicurazione;

b) per le malattie

- dal 30^{mo} giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;

c) per le conseguenze di malattie, esiti di infortuni preesistenti alla stipulazione della polizza ma non manifestati e non noti in quel momento all'Assicurato e per i quali non sono stati praticati accertamenti o terapie,

- dal 180^{mo} giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;

d) per il parto

- dal 360^{mo} giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;

e) per le complicazioni a seguito di aborto volontario o di aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione,

- dal 30^{mo} giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza, stipulata con la Società per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assicurato e le stesse garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

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

4.2 Relativamente alla Sezione III, la garanzia decorre:

- dal momento in cui ha effetto l'assicurazione, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia delle Norme comuni a tutte le sezioni.

ART. 1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 2 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio: in caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (articolo 1910 del Codice Civile).

ART. 3 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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.

Resta in ogni caso fermo il periodo di aspettativa indicato nell'Art.4 delle esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'assicurazione.

Il pagamento del premio va eseguito presso l'Agenzia cui è assegnato il contratto o presso la sede della Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15mo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

Se il Contraente non paga il premio entro 90 giorni dalla scadenza, i termini di aspettativa riprendono a decorrere dalle ore 24 del giorno in cui è stato pagato il premio.

ART. 4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 5 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione può essere stipulata anche per conto altrui, gli obblighi della polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'articolo 1891 del Codice Civile.

ART. 6 PERIODO DI ASSICURAZIONE

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

ART. 7 PROROGA DEL CONTRATTO

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto si intende tacitamente rinnovato per il periodo di un anno e così successivamente per un numero di anni complessivamente non superiore a quelli della durata del contratto originariamente prevista con il massimo di tre anni.

In occasione di ogni eventuale rinnovo tacito, la Società comunicherà al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza (senza pregiudizio della facoltà di cui al comma precedente) il nuovo premio proposto per il rinnovo.

Nel caso in cui il Contraente non comunichi, almeno 30 giorni prima della scadenza, di non accettare il premio proposto, il contratto si intenderà rinnovato alle condizioni di premio comunicate dalla Società.

ART. 8 ONERI FISCALI

Sono a carico del Contraente gli oneri fiscali relativi al contratto.

ART. 9 ADEGUAMENTO AUTOMATICO

Le somme assicurate, il parametro, i limiti di indennizzo non espressi in percentuale o in frazione, nonché il premio vengono aggiornati ad ogni scadenza annuale, in base agli **indici dei "Prezzi al consumo per Famiglie di Operai o Impiegati" (base 1985 =100)** pubblicati dall'Istituto Centrale di Statistica di Roma in conformità a quanto segue:

- a) nel corso di ogni anno solare sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;
- b) alla scadenza di ogni rata annua, se si sarà verificata una variazione in più o in meno rispetto all'indice iniziale od a quello dell'ultimo adeguamento (od al loro equivalente) le somme assicurate, il parametro, i limiti di indennizzo non espressi in percentuale o in frazione, nonché il premio verranno aumentati o ridotti in proporzione;
- c) l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua, dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

ART. 10 REVISIONE DEL PREMIO

Qualora si verificassero significative ed obiettive variazioni nel Servizio Sanitario Nazionale, per tali intendendosi, (a titolo di esempio e non esaustivo): non obbligatorietà dello stesso, riduzione delle prestazioni (per ricoveri, interventi chirurgici, visite o esami) dallo stesso fornite, introduzione di ticket superiori a 250 Euro per ricoveri e/o interventi chirurgici, aumenti dell'importo medio dei ticket oltre il 50% rispetto a quelli previsti al momento della stipula del contratto, la Società si riserva la facoltà di variare il premio in corso comunicando al Contraente il nuovo premio annuo con preavviso di 90 giorni rispetto alla scadenza annuale successiva al tempo in cui le variazioni sono intervenute.

Il Contraente che non accetti il nuovo premio proposto, può recedere dal contratto fino alla scadenza annuale.

ART. 11 CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

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

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuno delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato sul verbale stesso.

ART. 12 VARIAZIONE DELLA RESIDENZA

Premesso che il premio della Sezione I Rimborso spese è determinato per ciascun Assicurato anche sulla base del comune di residenza, l'Assicurato stesso, o per esso il Contraente, è tenuto a dare immediata comunicazione di eventuali variazioni intervenute in corso di contratto.

La Società entro 60 giorni dal ricevimento della comunicazione, si riserva di declinare le nuove condizioni di premio, che decorreranno dall'annualità successiva alla comunicazione. Resta inteso che, in caso di trasferimento della residenza all'estero, l'assicurazione cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile. La cessazione dell'assicurazione in corso comporta l'obbligo per la Società - a parziale deroga dell'art. 1898 del Codice Civile - di rimborsare al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione stessa, la parte di premio - al netto dell'imposta - già pagata per l'Assicurato e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della garanzia e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Il Contraente che non accetti il premio proposto, può recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale da cui decorrerà l'aumento.

ART. 13 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

ART. 14 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

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

Premessa

Questa guida alla denuncia di sinistro contiene consigli e suggerimenti che sono forniti esclusivamente a titolo informativo e non sostituiscono il testo contrattuale che deve essere letto con estrema cura.

È suddivisa in argomenti e precisamente:

- La Centrale Operativa;
- Cosa fare in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico;
- Alta diagnostica e Visite specialistiche ed esami;
- Diarie;
- Assistenze.

Potrete così, in caso di necessità, consultando i vari paragrafi, dar corso alla denuncia di sinistro nel modo più corretto e idoneo al vostro caso.

I sinistri derivanti da malattia, a differenza di quelli derivanti da infortunio per i quali la polizza decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, sono soggetti al cosiddetto periodo di carenza.

Vi ricordiamo che la carenza è il periodo di tempo che intercorre tra il giorno del pagamento dei premio e l'operatività delle garanzie assicurative.

Leggete pertanto attentamente l'Art. 4 delle esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'assicurazione, dove è quantificato tale periodo.

Centrale Operativa

La Centrale Operativa deve essere necessariamente e preventivamente contattata per usufruire del Pagamento Diretto, un vantaggioso sistema di pagamento che Doctor Più Evolution mette a disposizione di tutti gli assicurati che hanno scelto la forma Oro.

Consigliamo comunque di mettervi sempre in contatto con la Centrale Operativa, tramite il numero verde per risolvere eventuali dubbi e problemi relativi al vostro sinistro.

Cosa fare in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico

Se avete scelto il Pagamento Diretto (cioè avete sottoscritto la Forma Oro) in caso di ricovero è necessario:

- verificare se il vostro caso è compreso nella garanzia scelta;
- telefonare alla Centrale Operativa tramite il numero verde;
- comunicare alla Centrale Operativa il numero della polizza;
- motivare alla Centrale Operativa la richiesta della prestazione;
- concordare con la Centrale Operativa le modalità e i tempi del ricovero e dell'intervento;
- inoltrare alla Centrale Operativa, anche tramite Fax, la richiesta del medico curante, che attesti la patologia e la prestazione richiesta.

Attenzione! Per poter espletare le varie formalità la Centrale Operativa deve avere a disposizione almeno 24 ore di tempo.

Vi rammentiamo che vi potranno essere richieste, da parte dei medici fiduciari della Compagnia, ulteriori documentazioni e visite. Queste ultime, comunque, saranno a completo carico di Doctor Più Evolution.

Attenzione! Se avete avuto il benestare della Centrale Operativa per il Pagamento Diretto, non dovete effettuare alcun pagamento né alla clinica né all'equipe medica, relativamente alle spese per le quali è stata autorizzata questa procedura.

Se non usufruite del Pagamento Diretto, o perché non avete sottoscritto la forma Oro o perché non ritenete opportuno utilizzare medici o cliniche convenzionate, dovrete attivare la procedura "Rimborso spese".

Per fare questo è necessario, prima del ricovero:

- segnalare alla propria agenzia il sinistro.

Dopo il ricovero:

- far pervenire la documentazione completa delle spese da voi sostenute, unitamente alla copia conforme della cartella clinica ed ogni altra documentazione sanitaria in vostro possesso.

Alta diagnostica, Visite specialistiche ed Esami

In questi casi non è mai possibile usufruire del Pagamento Diretto.

Per attivare il rimborso è necessario:

- segnalare alla propria agenzia il sinistro;
- far pervenire le parcelle attestanti l'avvenuto pagamento dei cicli di esami o delle visite ai quali siete stati sottoposti con la relativa diagnosi.

Diarie

In caso abbiate scelto la garanzia Diaria da Ricovero è necessario:

- segnalare non appena possibile alla propria agenzia il sinistro;
- far pervenire copia conforme della cartella clinica attestante il ricovero ed ogni altra documentazione sanitaria in vostro possesso.

In caso invece di Diaria da Convalescenza e Gessatura è necessario:

- inviare all'agenzia i certificati medici attestanti la durata della convalescenza o della gessatura.

Assistenza e Servizi

Per attivare tutta la serie di assistenze e servizi che il Sistema Salute Toro vi mette a disposizione, sempreché abbiate sottoscritto la relativa garanzia, è sufficiente telefonare tramite il numero verde alla Centrale Operativa, che è disponibile 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno.

La Centrale Operativa è il vostro punto di riferimento in caso di ogni necessità o evenienza che vi si presenti relativamente al vostro sinistro.

Qualora sia stata evidenziata la lettera B nella casella "COMBINAZIONE DI GARANZIA" riportata sul modulo di polizza, le garanzie della Sezione I Rimborso spese si intendono operanti esclusivamente nei casi di Grande Intervento Chirurgico, intendendosi per tali quelli sotto elencati o altri, che per complessità siano ad essi equiparabili.

Cardiochirurgia

- Bypass aorto coronarici multipli (C.E.C.)
- Bypass aorto coronarico singolo (C.E.C.)
- Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- Cisti del cuore o del pericardio
- Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per
- Fistole arterovenose del polmone, interventi per
- Pericardiectomia totale
- Reintervento con ripristino di C.E.C.
- Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)
- Valvuloplastica chirurgica

Chirurgia generale

- Amputazione addomino-perineale secondo Miles, trattamento completo
- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
- Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
- Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia
- Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia
- Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia
- Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia
- Emicolectomia destra con linfadenectomia
- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia
- Esofago, resezione parziale dell', con esofagostomia
- Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- Esofagogastropastica-esofagodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)
- Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
- Gastrectomia parziale con linfadenectomia
- Gastrectomia totale con linfadenectomia (trattamento completo)
- Megacolon, intervento per (compresa colostomia)
- Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
- Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
- Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- Pancreatite acuta, interventi demolitivi
- Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia
- Resezioni epatiche maggiori
- Retto, amputazione del, con linfadenectomia
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale

Chirurgia toraco-polmonare

- Bilobectomie, intervento di
- Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili (intervento per)
- Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
- Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino per via sternotomica
- Neoplasie maligne della trachea
- Pleuropneumonectomia e pneumonectomia di completamento (qualsiasi patologia e tecnica)
- Pneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezione segmentaria o lobectomia
- Resezioni segmentarie tipiche
- Toracectomia per asportazione di tumore maligno coste e/o sterno con ricostruzione della parete

Chirurgia vascolare

- Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto
- Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici
- By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale, carotideo - succlavio
- By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo
- By-pass aorto-renale, aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica basale
- Tromboendarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale
- Tromboendarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
- Tromboendarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiartici
- Tromboendarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici

Ginecologia - Ostetricia

- Eviscerazione pelvica
- Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via laparotomia o vaginale senza linfadenectomia
- Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per
- Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di

Neurochirurgia

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Ascesso o ematoma intracranico, intervento per
- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, intervento di
- Corpo estraneo intracranico, asportazione di
- Craniotomia per ematoma extradurale
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per
- Epilessia focale, intervento per
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica

- Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente
- Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta
- Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
- Laminectomia per tumori intramidollari
- Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)
- Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Plesso brachiale, intervento sul, con tecnica microchirurgica
- Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
- Scheggetomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per
- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Tumori orbitari, intervento per

Ortopedia

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, totale
- Artroprotesi: anca totale
- Artroprotesi: ginocchio
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Disarticolazioni, grandi
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie “interne” con salvataggio dell’arto
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica
- Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- Osteotomia complessa (bacino, vertebrale, etc.)
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia
- Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
- Scoliosi, intervento per
- Spalla, resezioni complete secondo Tichhor-Limberg
- Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale
- Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di
- Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)

Otorinolaringoiatria

- Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidea
- Laringectomia parziale o totale con o senza svuotamento laterocervicale
- Laringofaringectomia totale
- Neoplasie parafaringee anche con svuotamento linfonodale monolaterale (maligne)
- Neoplasie parafaringee benigne
- Nervo vestibolare, sezione del
- Neurinoma dell'ottavo paio
- Petrosectomia
- Stapedectomia
- Stapedotomia
- Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di

Chirurgia oro - maxillo - facciale

- Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale

Urologia

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia
- Eminectomia
- Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
- Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento per
- Neovescica ileale, colica, ileocolica
- Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale
- Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)
- Surrenectomia (trattamento completo) trattamento trombofavale
- Ureteroenteroplastica con tasche continenti (bilaterale), intervento di
- Uretero-ileo-anastomosi bilaterale
- Uretero-ileo-anastomosi monolaterale

Trapianti d'organo

- Tutti



TUTELA GIUDIZIARIA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
PB59S410.707



ART. 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società assicura sino alla concorrenza per ogni sinistro, di Euro 11.000,00, il rischio delle spese di assistenza stragiudiziale e giudiziale che si rendono necessarie a tutela dei diritti dell'Assicurato assunti in garanzia, e più precisamente,

- gli oneri per l'intervento di un legale;
- gli oneri per l'intervento del perito d'ufficio (C.T.U.) e per l'intervento di un consulente tecnico di parte;
- le spese liquidate alla controparte in caso di soccombenza;
- le spese eventualmente dovute o maturate nel caso di transazione autorizzata dalla Direzione della Società;
- le spese di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- le spese per la redazione di denunce, querele, istanze all'Autorità Giudiziaria.

ART. 2 PERSONE ASSICURATE E AMBITO DELL'ASSICURAZIONE

Si intendono assicurati l'Assicurato/Contraente e le persone appartenenti al loro nucleo familiare.

La garanzia riguarda la tutela dei diritti dell'Assicurato allorché sia rimasto vittima di infortunio o malattia e vale per:

1. ottenere il risarcimento dei danni extracontrattuali subiti per fatto illecito di terzi; qualora l'evento che ha causato l'infortunio o la malattia abbia contestualmente causato anche un danno a cose, la garanzia vale anche per il recupero dei danni materiali;
2. eventuali vertenze di natura contrattuale nei confronti di medici o altri professionisti in ambito Sanitario o di strutture sanitarie pubbliche o private, ai quali l'Assicurato si sia rivolto in seguito ad infortunio o malattia.

ART. 3 ESTENSIONE TERRITORIALE

Le garanzie riguardano i sinistri che insorgano e debbano essere processualmente trattati ed eseguiti:

- in tutti gli Stati d'Europa, nelle ipotesi di danni extracontrattuali;
- in Italia, Stato della Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, nei casi di vertenze contrattuali.

ART. 4 ESCLUSIONI

La garanzia è esclusa per:

- sinistri derivanti da fatti dolosi compiuti dall'Assicurato;
- danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;
- materia amministrativa;
- procedure arbitrali;
- per il pagamento di multe, ammende, sanzioni in genere ed oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza, fatta eccezione per l'IVA sulle parcelle dei professionisti.

Inoltre se l'infortunio o la malattia deriva da evento occorso all'Assicurato mentre si trovava alla guida di un veicolo, l'Assicurazione è esclusa:

1. se l'Assicurato non è munito di patente valida e regolare in relazione al veicolo o se non ottempera agli obblighi prescritti dalla patente stessa;

2. se, al momento del sinistro, il veicolo non risulta coperto da una valida polizza di assicurazione di Responsabilità Civile ai sensi della Legge 24.12.1969 n.990 e successive modificazioni;
3. se l'Assicurato:
 - è imputato di guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o gli sia stata applicata una delle sanzioni previste dagli artt. 186 n. 6 e 187 n. 5 del Codice della Strada;
 - è imputato del reato di fuga o di omissione di soccorso (art. 189 del Codice della Strada).

In deroga all'esclusione di cui al punto 1, la garanzia è operante se il Conducente non ha ancora ottenuto la patente pur avendo superato gli esami di idoneità alla guida oppure è munito di patente scaduta, purché ottenga il rilascio o il rinnovo della stessa entro i 90 giorni successivi al sinistro.

ART. 5 INSORGENZA DEL SINISTRO

Il sinistro si intende insorto e quindi verificato nel momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo avrebbero iniziato a violare norme di legge o contrattuali.

La garanzia assicurativa riguarda i sinistri che insorgono :

- dalle ore 24 del giorno di stipulazione del contratto, se si tratta di risarcimento di danni extracontrattuali,
- trascorsi 90 giorni dalla stipulazione del contratto, negli altri casi.

La garanzia si estende ai sinistri insorti nel periodo contrattuale, ma manifestatisi e denunciati entro 360 giorni dalla cessazione del contratto.

La garanzia non ha luogo per i sinistri insorgenti da patti, accordi, obbligazioni contrattuali che, al momento della stipulazione del contratto, fossero già stati disdetti o la cui rescissione, risoluzione o modificazione fossero già state chieste da uno degli stipulanti.

Le vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse si considerano a tutti gli effetti sinistro unico.

ART. 6 DENUNCIA DEL SINISTRO E LIBERA SCELTA DEL LEGALE

L'Assicurato deve tempestivamente denunciare il sinistro alla Società, trasmettendo tutti gli atti e documenti occorrenti, regolarizzandoli a proprie spese secondo le norme fiscali di bollo e di registro.

Il diritto dell'Assicurato alla garanzia assicurativa si prescrive, se il sinistro viene denunciato alla Società oltre un anno dalla sua insorgenza, ai sensi dell'art. 2952- 2° comma del Codice Civile.

L'Assicurato dovrà far pervenire alla Direzione Generale della Società la notizia di ogni atto, a lui notificato tramite Ufficiale Giudiziario, tempestivamente e comunque entro il termine utile per la difesa.

Contemporaneamente alla denuncia del sinistro, l'Assicurato può indicare alla Società un legale residente nella località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia - al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale ove il tentativo di definizione in via bonaria non abbia esito positivo.

Se l'Assicurato sceglie un legale non residente presso il Circondario del Tribunale competente, la Società garantirà gli onorari solo nei limiti dei minimi previsti dalla tariffa forense e con esclusione di spese e/o diritti di trasferta, vacanza, domiciliazione e di duplicazioni di attività.

La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale ove si verifichi un conflitto di interessi con la Società. La Società avvertirà l'Assicurato di questo suo diritto.

ART. 7 GESTIONE DEL SINISTRO

Ricevuta la denuncia del sinistro, la Società si riserva la facoltà di svolgere, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia. Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo, la Società trasmette la pratica al legale designato ai sensi dell'Art. 6.

Le garanzie sono operanti esclusivamente per i sinistri per i quali gli incarichi, a legali e/o periti, siano stati preventivamente concordati con la Società per ogni stato della vertenza e grado di giudizio; agli stessi l'Assicurato rilascerà le necessarie procure.

Dopo la denuncia del sinistro, ogni accordo transattivo o composizione della vertenza devono essere preventivamente concordati con la Società; in caso contrario l'Assicurato risponderà di tutti gli oneri sostenuti dalla Società per la trattazione della pratica.

Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza - con conseguente impossibilità per l'Assicurato di preventiva richiesta di benestare - i quali verranno ratificati dalla Società, che sia stata posta in grado di verificare urgenza e congruità dell'operazione.

La Società non è responsabile dell'operato di legali e periti.

ART. 8 DISACCORDO SULLA GESTIONE DEL SINISTRO

In caso di divergenza tra l'Assicurato e la Società sulle possibilità di esito positivo o comunque più favorevole all'Assicurato, di un giudizio o di un ricorso al Giudice Superiore, la questione, a richiesta di una delle parti da formularsi con lettera raccomandata, potrà essere demandata ad un arbitro sulla cui designazione le parti potranno accordarsi.

Se tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale del Foro competente ai sensi di legge.

L'arbitro deciderà secondo equità e le spese di arbitrato saranno a carico della parte soccombente.

Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio con facoltà di ottenere dalla Società la refusione delle spese incontrate, e non liquidate dalla controparte, qualora il risultato in tal modo conseguito sia più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito dalla Società stessa, in linea di fatto o di diritto.

ART. 9 RECUPERO SOMME

Tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi sono di esclusiva spettanza dell'Assicurato, mentre spetta alla Società quanto liquidato a favore anche dello stesso Assicurato giudizialmente o stragiudizialmente per spese, competenze ed onorari.

ART. 10 ANTICIPATA RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Dopo ogni sinistro che sia stato preceduto da altro sinistro in copertura a termini di polizza e sino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto della garanzia, il Contraente o la Società possono recedere dall'assicurazione. Il recesso avrà effetto alla scadenza della rata di premio, anche di frazionamento, in corso oppure, se la relativa comunicazione è stata spedita dalle Parti meno di 30 giorni prima, alla scadenza successiva.

ART. 11 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente e l'Assicurato sono tenuti, devono essere fatte con lettera raccomandata indirizzata alla Direzione della Società oppure all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

ART. 12 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15mo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme le successive scadenze ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

ART. 13 RINNOVO DEL CONTRATTO

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata, spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore all'anno è rinnovata per una durata pari ad un anno, e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge o 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 minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

La garanzia prestata dalla D.A.S. S.p.A. è autonoma rispetto alle garanzie prestate da Alleanza Toro S.p.A. Resta tuttavia convenuto che la disdetta inviata presso Alleanza Toro S.p.A. relativamente alle garanzie di questa, si intenderà efficace anche per la D.A.S. S.p.A. in relazione alla propria garanzia.

ART. 14 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve dare comunicazione alla Società dell'esistenza e/o stipulazione, con la Società stessa o con altre Compagnie, di altre polizze che assicurano il medesimo rischio.

In caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Codice Civile.

ART. 15 ADEGUAMENTO AUTOMATICO

Qualora sul modulo di polizza sia indicato l'indice iniziale di adeguamento, il massimale ed il premio vengono aggiornati in base agli indici dei Prezzi al consumo per Famiglie di Operai o Impiegati (base 1985=100) pubblicati dall'Istituto Centrale di Statistica di Roma, in conformità a quanto segue:

a) nel corso di ogni anno solare sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;

- b) alla scadenza di ogni rata annua, se si sarà verificata una variazione in più o in meno rispetto all'indice iniziale od a quello dell'ultimo adeguamento (od al loro equivalente) le somme assicurate, i limiti di indennizzo non espressi in percentuale od in frazione ed il premio, verranno aumentati o ridotti in proporzione;
- c) l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione, dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza in base al nuovo indice di riferimento.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni.

Qualora, in conseguenza della variazione degli indici il massimale ed il premio venisse a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, sarà in facoltà di ciascuna delle Parti di rinunciare all'ulteriore aggiornamento della polizza, mediante lettera raccomandata spedita all'altra Parte almeno 90 giorni prima della scadenza annuale della polizza stessa.

In tal caso, a decorrere dalla predetta scadenza, la presente clausola cesserà di avere vigore e il massimale e il premio rimarranno quelli risultanti dall'ultimo aggiornamento effettuato.

In caso di eventuale ritardo od interruzione nella pubblicazione degli indici, la Società proporrà l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento.

Qualora il Contraente non accetti l'adeguamento, il contratto rimarrà in vigore in base all'ultimo adeguamento effettuato.

Qualora sul modulo di polizza non sia indicato l'indice iniziale per l'adeguamento, la presente clausola non sarà operativa.

ART. 16 ONERI A CARICO DEL CONTRAENTE

Gli oneri fiscali e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi all'assicurazione, sono a carico del Contraente.

ART. 17 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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



■ Assicurato

Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

■ Centro di Eccellenza

Istituti ad alta specializzazione identificati dalle autorità sanitarie per i loro standard di eccellenza in specifici settori della medicina.

■ Centrale Operativa

Insieme di personale ed attrezzature che eroga prestazioni di assistenza.

■ Centrale di Telemedicina

È la struttura della Centrale Operativa, costituita da medici ed operatori ed in funzione dalle ore 9.00 alle ore 18.00, dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali, che provvede alla gestione ed all'erogazione del secondo parere medico.

■ Centro medico di riferimento

Le strutture sanitarie ed i centri clinici facenti parte del network di Istituti di Ricerca e Cura a carattere Scientifico, Ospedali e Medici Specialisti, convenzionati con la Centrale Operativa che provvedono alla formulazione del secondo parere medico a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.

■ Chirurgia stomatologica ricostruttiva

Gli interventi eseguiti per ricostruire strutture della bocca.

■ Contraente

Soggetto che stipula l'assicurazione.

■ Convalescenza

Periodo tra la fine della fase acuta dell'alterazione dello stato di salute e la stabilizzazione o la guarigione.

■ Day hospital

Degenza diurna in istituto di cura che non comporta pernottamento, documentata da rilascio di cartella clinica.

■ Day surgery

Intervento chirurgico effettuato in istituto di cura, in regime di degenza diurna, che non comporta pernottamento, documentato da cartella clinica.

■ Erogatori sanitari convenzionati

Istituti di cura ed équipe medica convenzionati con Sistema Salute Toro.

■ Gessatura

Immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali similari; ovvero immobilizzazione median-

te tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, effettuata in un Istituto di cura e comunque da specialista ortopedico, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali.

È equiparata a gessatura l'immobilizzazione dovuta a fratture scomposte delle coste e del bacino o a frattura composta di almeno due archi costali.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia assicurativa:

- a) le fasce elastiche in genere;
- b) i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "mollì";
- c) i busti ortopedici elastici (CAMP 35, MZ e simili);
- d) i collari di Schanz, Colombari o Philadelphia;
- e) altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o di immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lettere a), b), c), d).

■ **Indennizzo**

La somma dovuta dalla Società a termini di polizza in caso di sinistro.

■ **Infortunio**

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

È considerato tale anche l'infortunio dovuto a imperizia, imprudenza o negligenza anche grave o subito in stato di malore, vertigine o incoscienza.

■ **Intervento chirurgico**

Intervento terapeutico o diagnostico mediante uso di strumenti chirurgici, nonché diatermocoagulazione, tecnica laser o criotecnica.

■ **Intervento chirurgico ambulatoriale**

Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

■ **Istituto di cura**

Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario, istituto di cura regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

■ **Malattia**

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, che risulti opportunamente documentata.

■ **Parodontopatie**

Si intendono le patologie che colpiscono l'apparato di sostegno del dente.

■ **Polizza**

Documento che prova l'assicurazione.

■ **Premio**

Somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo dell'Assicurazione.

■ **Ricovero**

Degenza in Istituto di cura che comporta necessariamente pernottamento.

■ **Rischio**

Probabilità che si verifichi il sinistro.

■ **Scoperto**

Quota delle spese liquidabili a termini di polizza, espressa in percentuale sull'ammontare delle spese stesse, che rimane a carico dell'Assicurato.

■ **Sinistro**

Il ricovero, il day hospital, l'intervento chirurgico senza ricovero, verificatosi in conseguenza di uno degli eventi previsti dalle prestazioni assicurative.

Per data del sinistro s'intende il primo giorno di ricovero o del day hospital o il giorno dell'intervento chirurgico senza ricovero.

Per le garanzie Alta diagnostica e Visite specialistiche ed esami, il sinistro è la singola visita o il singolo esame (o serie di esami, se prescritti contemporaneamente).

Relativamente alla polizza D.A.S. per sinistro si intende il fatto o la violazione di norme che dà origine alla vertenza.

■ **Società**

Alleanza Toro S.p.A.

D.A.S. - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A. di Assicurazioni.

