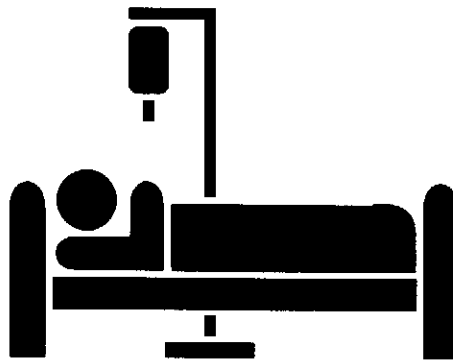




GARANZIA SANITARIA

a favore del personale quadri direttivi di 3° e 4° e dirigenti

HYPO ALPE ADRIA LEASING



Polizza n.	Cod. convenzione N313	Agenzia: 304 – CODROIPO
------------	-----------------------	-------------------------

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Definizioni:

Nel testo che segue si intende per:

Contraente:	la PREVIP Cassa di Assistenza
Impresa:	il Allianz S.p.A;
Assicurato:	il personale direttivo della Hypo Alpe Adria Leasing;
Assicurazione:	l'insieme delle garanzie prestate all'Assicurato dalla polizza;
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione;
Premio:	la somma dovuta dal Contraente all'Impresa;
Indennità:	la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro;
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
Malattia:	ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio;
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili; sono considerati infortuni l'assideramento o il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole e di calore, quelli sofferti in stato di malore o di incoscienza;
Grande Intervento Chirurgico:	ogni intervento chirurgico indicato nell'elenco n. 1 riportato in calce alle presenti condizioni;
Grave Malattia:	ogni malattia indicata nell'elenco n. 2 riportato in calce alle presenti condizioni;
Ricovero:	la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;
Day hospital:	la degenza esclusivamente diurna, documentata da cartella clinica, in Istituto di cura;
Istituto di Cura:	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono considerati "Istituti di Cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
Franchigia:	la somma, determinata in misura fissa che, dedotta dall'indennità, resta a carico dell'Assicurato;
Scoperto:	la somma, espressa in valore percentuale che, dedotta dall'indennità, resta a carico dell'Assicurato.

ARTICOLO 1. IDENTIFICAZIONE DEGLI AVENTI DIRITTO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

L'assicurazione è prestata a favore del personale direttivo (Quadri Direttivi 3° / 4° e Dirigenti) della Contraente e dei relativi familiari (coniuge e figli) fiscalmente a carico come da elenco allegato

- durante il permanere del rapporto con la Contraente e fino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione successiva alla cessazione del rapporto stesso (salvo quanto disposto dal successivo articolo 6);
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assicurati.

ARTICOLO 2. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**A. RIMBORSO DELLE SPESE OSPEDALIERE**

L'Impresa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato fino alla concorrenza del massimale di 150.000,00 Euro, raddoppiabile in caso di Grande Intervento Chirurgico o di Grave Malattia, per anno assicurativo e nucleo familiare, in caso di ricovero - con o senza intervento chirurgico - in Istituto di cura pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day hospital), o d'intervento chirurgico ambulatoriale, reso necessario da malattia o infortunio:

- per gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza e gli onorari dei medici e dell'equipe chirurgiche, i diritti di sala operatoria e per il materiale d'intervento (ivi compresi le endoprotesi applicate durante l'intervento stesso);
- per gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, nei 120 giorni che precedono il ricovero, o l'intervento ambulatoriale, e ne abbiano evidenziato la necessità;
- per le prestazioni mediche e gli esami diagnostici, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da personale medico autorizzato e per le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio) sostenute nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del ricovero o dell'intervento chirurgico ambulatoriale.

Le prestazioni sopra descritte possono essere sostituite, a scelta dell'Assicurato, dalla corresponsione di un'indennità giornaliera di 130,00 Euro (ridotte a 65,00 Euro in caso di day hospital) per un massimo di 200 giorni per anno assicurativo. Il giorno del ricovero e quello di dimissione sono considerati, agli effetti della liquidazione come giorno unico; per il personale con qualifica di dirigenti l'indennità giornaliera ammonta a 150,00 Euro (rispettivamente 75,00 Euro in caso di day hospital).

Inoltre l'Impresa rimborsa:

- In caso di ricovero in Italia le spese di trasporto con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato a e dall'istituto di cura e da un luogo di cura all'altro, entro il limite del 10% del massimale assicurato per anno assicurativo; in caso di ricovero con intervento chirurgico all'estero, invece, verranno rimborsate le spese di trasporto effettuato con qualsiasi mezzo pubblico, purché di linea, sempre entro il limite di cui sopra, limitatamente al viaggio di andata e ritorno connesso al ricovero;
- in caso di parto cesareo e non cesareo, le spese sostenute durante il ricovero entro il limite di 3.000,00 Euro per anno/nucleo (per il personale con qualifica di Dirigenti il limite è di Euro 4.000,00 per anno/nucleo); l'Impresa rimborsa altresì, nei limiti di un massimale di 700,00 Euro per anno assicurativo

e nucleo familiare, le spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 180 giorni che precedono il parto indipendentemente dal ricovero con una franchigia di 51,00 Euro;

- le spese sostenute per il pernottamento di un accompagnatore, fino ad un massimo di Euro 100,00 giornalieri e per non più di 20 giorni per anno assicurativo - per il personale con qualifica di Dirigenti fino a un massimo di Euro 200,00 giornalieri e per non più di 20 giorni per anno assicurativo;
- in caso di trapianti di organi, le spese sostenute per il loro prelievo e il loro trasporto entro il limite del massimale;
- in caso di decesso all'estero, conseguente a uno degli eventi assicurati, le spese sostenute per il rimpatrio della salma, entro il limite di 3.615,20 Euro per anno assicurativo (per il personale con qualifica di Dirigenti entro un massimo di Euro 5.000,00).

B. RIMBORSO SPESE PER ACCERTAMENTI DI "ALTA DIAGNOSTICA"

L'Impresa rimborsa, fino alla concorrenza del massimale di 7.000,00 Euro per anno assicurativo e per nucleo familiare, le spese per gli esami di alta diagnostica sotto elencati, purché pertinenti a una malattia o a un infortunio, con uno scoperto del 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di Euro 51,65 per prestazione.

TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC)
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN)
ECOTOMOGRAFIA
SCINTIGRAFIA
ANGIOGRAFIA
ANGIOGRAFIA DIGITALE
FLEBOGRAFIA
ESAME HOLTER
ECODOPPLER
ECOCARDIOGRAFIA A RIPOSO ED A SFORZO
ECOGRAFIA INTRAVASCOLARE
ECOGRAFIA TRANS-ESOFAGEA
ECOCONTRASTOGRAFIA
CORONAROGRAFIA
FLUOROANGIOGRAFIA OCULARE
ISTEROSALPINGOGRAFIA
BRONCOSCOPIA
BRONCOGRAFIA
ARTROGRAFIA
MIELOGRAFIA
SCIALOGRAFIA CON CONTRASTO
DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA DELL'APPARATO DIGERENTE ED UROLOGICO
DENSITOMETRIA OSSEA
RADIONEFROGRAMMA
ESAMI ISTOPATOLOGICI.

C. RIMBORSO SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.

L'Impresa rimborsa, fino alla concorrenza del massimale di 6.000,00 Euro per anno assicurativo e nucleo familiare, le spese per visite mediche specialistiche (ambulatoriali o domiciliari, con esclusione comunque di quelle odontoiatriche e ortodontiche) ed esami diagnostici (strumentali e di laboratorio), non rientranti nell'elenco di cui al precedente punto B), purché pertinenti a una malattia o a un infortunio, con uno scoperto del 20% minimo di Euro 51,65 per prestazione.

L'Impresa rimborsa altresì, nei limiti di un sottomassimale di 550,00 Euro per anno assicurativo e nucleo familiare, le spese per agopuntura (purchè effettuata da medico) e per visite specialistiche omeopatiche, con uno scoperto del 20 % a carico dell'Assicurato, con il minimo di Euro 45,00 per prestazione.

D. RIMBORSO DELLE SPESE PER LENTI E OCCHIALI

L'Impresa rimborsa, per anno assicurativo e per nucleo familiare, le spese sostenute per mezzi correttivi oculistici (anche lenti a contatto), entro il limite di 400,00 Euro per anno assicurativo e per nucleo con una franchigia assoluta di 51,65 Euro per prestazione a carico dell'Assicurato.

E. RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE

L'Impresa rimborsa le spese odontoiatriche ed ortodontiche, fino alla concorrenza del massimale annuo di Euro 2.700,00 per nucleo familiare con uno scoperto del 30% minimo 154,94 per prestazione. Per il personale con qualifica di Dirigenti il massimale annuo è di Euro 3.500,00 per nucleo familiare con uno scoperto del 30% minimo 154,94 per prestazione.

F. RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

L'Impresa rimborsa, fino alla concorrenza del massimale, per anno e per nucleo familiare, di 500,00 Euro (elevati a 750,00 per il personale con qualifica di dirigente), il 50 % delle spese per cure fisioterapiche purchè rese necessarie da un trauma certificato dal medico curate e purchè eseguite da un fisioterapista provvisto di diploma universitario in Terapia della Riabilitazione.

G. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La garanzia di cui alla presente polizza s'intende prestata, esclusivamente a favore del dipendente, per il caso di invalidità permanente da malattia, fino alla concorrenza del massimale di 130.000,00 Euro, insorta successivamente alla data di effetto della polizza, purchè manifestatasi non oltre un anno dalla sua cessazione.

Per il personale con qualifica di Dirigenti il massimale di invalidità permanente da malattia è di 160.000,00 Euro, fermo il resto.

E' considerata invalidità permanente la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica dell'assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo.

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alla tabella allegato n. 1 di cui al D.P.R. del 30 giugno 1965 n. 1124 .

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25% della totale. Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado uguale o superiore al 25 % della totale, l'Impresa liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata per questa eventualità, secondo le seguenti percentuali:

PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DA APPLICARE ALLA SOMMA ASSICURATA
25	0
26	5
27	7

28	9
29	11
30	13
31	15
32	18
33	21
34	23
35	25
36	28
37	31
38	33
Dal 39 al 50	Dal 39 al 50
51	53
52	56
53	59
54	62
55	65
56	68
57	71
58	73
59	76
60	79
61	82
62	85
63	88
64	90
65	95
dal 66 al 100	100

La percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima sia trascorso un anno dalla denuncia della malattia.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella allegato n. 1 di cui al D.P.R. del 30 giugno 1965 n. 1124, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica di apprendimento psico - motorio dell'assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna perdita funzionale, con il massimo del 100%.

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia. Se al momento della malattia l'assicurato non fosse fisicamente integro e sano, saranno indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora la malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di invalidità permanente di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui sopra sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

L'assicurazione cessa automaticamente alla scadenza annuale di polizza successiva al compimento del 65° anno di età e, comunque, da momento in cui l'assicurato, prima della predetta data, acquisisca il diritto ad un trattamento pensionistico pubblico. Tale cessazione ha valore anche se dovesse verificarsi l'incasso dei premi scaduti dopo la cessazione della stessa.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia, se l'assicurato muore dopo che l'invalidità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

H ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMICILIO

L'assicurazione è valida inoltre per il rimborso delle spese sostenute per prestazioni di assistenza infermieristica erogata al domicilio dell'Assicurato da personale sanitario specializzato e legalmente riconosciuto, resa necessaria a seguito di infortunio o malattia - indennizzabili a termini di polizza - fino a concorrenza di euro 40 giornaliere per un massimo di 30 giorni."

ARTICOLO 3. ESTENSIONI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

I rimborsi di spese sostenute all'estero verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'U.I.C.

ARTICOLO 4. TERMINI DI ASPETTATIVA E DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno 31.12.2013.

Gli Assicurati ricoverati presso Istituti di cura alla predetta data di decorrenza, sono assicurati per tutte le spese riferite a prestazioni successive alla medesima data.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno su indicato se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro i 30 giorni successivi alla sua decorrenza; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento.

ARTICOLO 5. LIMITI DELLE PRESTAZIONI

Sono esclusi dall'assicurazione:

- le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad "esaurimento nervoso";
- le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- i ricoveri e le cure in genere dovuti a sindrome da immuno-deficienza acquisita (A.I.D.S.);
- le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- le prestazioni di carattere dietologico ed estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- le terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza e della sterilità, nonché quelle rientranti nell'ambito della fecondità assistita;
- l'agopuntura non effettuata da medico;
- l'aborto volontario;
- le cure dentarie conservative e/o chirurgiche (ivi comprese quelle protesiche) e le periodontopatie, salvo che conseguenti a infortunio;
- gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;

- l'acquisto, la manutenzione, la riparazione e la sostituzione di apparecchi protesici salvo quanto previsto dall' articolo 2;
- le conseguenze di esposizioni a forme di radioattività artificiale, salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- gli infortuni imputabili a stato di ubriachezza, a influenza di sostanze stupefacenti o simili, od in conseguenza di illeciti commessi dolosamente dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- gli infortuni derivanti da guerre e insurrezioni; le garanzie comprendono tuttavia gli infortuni derivanti da stato di guerra, anche non dichiarata, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se, ed in quanto, l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

ARTICOLO 6. PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELLE PRESTAZIONI

L'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto dell'Assicurato con la Contraente: allo scioglimento di detto rapporto la garanzia cessa con effetto dalla prima scadenza annuale dell'assicurazione.

Per i familiari dell'assicurato, l'assicurazione si intende valida sino al compimento del 75° anno di età e/o fino alla cessazione del carico a fini fiscali.

ARTICOLO 7. OBBLIGHI RELATIVI ALLA DENUNCIA DEI SINISTRI

L'Assicurato deve presentare denuncia scritta all'Agenzia dell'Impresa entro 15 giorni dalla data di dimissioni, in caso di ricovero, e dalla data di pagamento della prestazione medica negli altri casi. La denuncia deve essere già corredata dalla necessaria documentazione medica.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto, devono fornire all'Impresa ogni informazione, produrre copia delle eventuali cartelle cliniche, consentire la visita di medici dell'Impresa e qualsiasi altra indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

ARTICOLO 8. CRITERI DI LIQUIDAZIONE

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, a termini della presente polizza, su presentazione - in originale - delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

L'Impresa restituisce i predetti originali, previa apposizione della data e degli estremi della liquidazione dell'indennità.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto al netto di quanto a carico dei predetti terzi, salvo quanto previsto dall'articolo 9.

Nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo, l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni garantite non potrà superare il massimale annuo.

Anticipo

Nei casi di ricovero per il quale l'Istituto di Cura richieda il pagamento di un anticipo, l'Impresa corrisponde - su richiesta dell'Assicurato e previa presentazione della richiesta scritta dell'Istituto di Cura - l'importo concordato a tale titolo entro il 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

13

ARTICOLO 9. RINUNCIA DELL'IMPRESA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

L'Impresa dichiara di rinunciare, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che possa competere per l'articolo 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili, di conseguenza l'Impresa provvederà al rimborso integrale di quanto contrattualmente previsto.

ARTICOLO 10. DEFINIZIONE, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio annuo per ogni nucleo si intende stabilito in **Euro 665,00** per i quadri direttivi di 3° e 4° e in **Euro 1.196,00** per i dirigenti.

Resta convenuto che alla scadenza dell'annualità verrà effettuata la regolazione del premio in base al numero degli assicurati. Per i neoassunti e i neopromossi si conviene tra le parti che le garanzie base avranno effetto dal momento dell'assunzione o della promozione.

La Contraente si obbliga ad esibire, alle persone incaricate dall'Impresa di effettuare accertamenti e controlli, i registri necessari.

La differenza di premio risultante dalla regolazione dovrà essere versata entro 30 giorni dalla data della comunicazione dell'Impresa.

Ai fini del pagamento del premio resta comunque inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno verrà corrisposto il 60% del premio annuo;

Se non vengono pagati i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 C.C.

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

ARTICOLO 11. SCADENZA DEL CONTRATTO

Il presente contratto ha una durata di anni uno e scadrà, pertanto il 31.12.2014.

In mancanza di disdetta, spedita mediante lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno.

ARTICOLO 12. CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuta l'indennità, 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 Collegio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

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

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

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

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

ARTICOLO 13. MODALITA' DI PAGAMENTO DIRETTO DELLE SPESE OSPEDALIERE

La procedura di pagamento diretto all'Istituto di Cura sarà operante - a partire dalla data indicata sulla CARTA SANITARIA per gli intestatari della stessa - semprechè la carta stessa venga utilizzata in conformità alle disposizioni del "Regolamento sull'uso della Carta Sanitaria" e cioè venga utilizzata esclusivamente presso gli Istituti di Cura convenzionati.

A. Ricoveri in Istituti di Cura convenzionati

a1. Ricoveri in Istituti di Cura convenzionati con equipe medica e/o chirurgica convenzionata

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico in Istituto di Cura convenzionato ed equipe medica e/o chirurgica convenzionata, l'Impresa provvederà ad effettuare il pagamento diretto all'Istituto di Cura di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero a termini della presente polizza.

a2. Ricoveri in Istituti di Cura convenzionati con equipe medica e/o chirurgica non convenzionata

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico in Istituto di Cura convenzionato ed equipe medica e/o chirurgica non convenzionata, l'Impresa provvederà ad effettuare il pagamento diretto all'Istituto di Cura di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero e rimborserà, all'Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni dell'equipe operatoria non convenzionata.

B. Ricoveri in Istituti di Cura non convenzionati

In caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato, l'Assicurato dovrà provvedere personalmente al pagamento delle spese sostenute durante il ricovero; l'Impresa, rimborserà all'Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese effettivamente sostenute durante il ricovero, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza.

C. Ricoveri in strutture del Servizio Sanitario Nazionale

In caso di ricovero a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, l'Impresa rimborserà integralmente le spese effettivamente sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato a termini della presente polizza.

Nel caso in cui il ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato avrà diritto alla corresponsione dell'indennità giornaliera sostitutiva.

D. Spese precedenti e successive al ricovero

Per le spese precedenti e successive il ricovero con o senza intervento chirurgico o l'intervento chirurgico ambulatoriale previste dalle presenti condizioni, l'Assicurato, dovrà provvedere personalmente al loro pagamento; l'Impresa, rimborserà all'Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese sostenute.

ARTICOLO 14. COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO ALLA SOCIETÀ'

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata.

ARTICOLO 15. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è disciplinato dal contratto, valgono le norme di legge.

Letto, approvato e sottoscritto

IL CONTRAENTE

ALLIANZ S.p.A.

Agli effetti dell'art. 1341 C.C. il sottoscritto dichiara di approvare espressamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle Condizioni Generali di assicurazione:

- Art. 11 - Scadenza del contratto
- Art. 12 – Controversie – Arbitrato irrituale

IL CONTRAENTE

GARANZIA INTEGRATIVA

Garanzia integrativa: Familiari fiscalmente non a carico purché conviventi

E' data facoltà agli assicurati di includere in garanzia i familiari fiscalmente non a carico (coniuge e figli, compreso il convivente more uxorio), purché conviventi a condizione che siano assicurati tutti i familiari, aventi diritto, risultanti dallo stato di famiglia.

Il premio annuo, comprensivo di imposta per ogni familiare di cui sopra si intende così stabilito:

- **170,50 Euro** nell'assicurazione per quadri direttivi di 3° e 4°
- **284,50 Euro** nell'assicurazione per dirigenti.

Solo i neoassunti oppure il personale assicurato che nel corso dell'anno si sposterà ed il cui coniuge non sarà fiscalmente a carico, potranno chiedere l'inserimento dei familiari fiscalmente non a carico nella polizza, facendo pervenire la scheda di adesione o dandone comunicazione scritta all'Impresa, entro un mese dalla data dell'evento sopra considerato, analogamente nel caso di cessazione del carico fiscale di un familiare.

Letto, approvato e sottoscritto.....

IL CONTRAENTE

ALLIANZ S.p.A.

Elenco 1

ELENCO GRAFIA DI UNO DEI CHIRURGICI

COLLO

Gozzo retrosternale con mediastinotomia

ESOFAGO

Interventi con esofagoplastica
Gastroectomia totale
Gastroectomia allargata
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Mega-esofago e esofagite da reflusso
Cardioplastica

INTESTINO

Colectomia totale

RETTO - ANO

Interventi per neoplastie per retto-ano per via addominoperineale
Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare
Operazione per megacolon
Proctocolectomia totale

FEGATO

Derivazioni biliodigestive
Interventi sulla papilla di Water
Reinterventi sulle vie biliari
Interventi chirurgici per ipertensione portale

PANCREAS - MILZA

Interventi per pancreatite acuta
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
Interventi per pancreatite cronica
Interventi per neoplasie pancreatiche

+

INTERVENTI SUL POLMONE

Tumori della trachea

CARDIOCHIRURGIA

Interventi a cuore aperto per:

- Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi;
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale;
- Correzione impianto anomalo coronarie;
- Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica;
- Correzione canale atrioventricolare completo;
- Finestra aorto-polmonare;
- Correzione di:
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
 - truncus arteriosus
 - coartazione aortiche di tipo fetale
 - coartazione aortiche multiple o molto estese
 - stenosi aortiche infundibulari
 - stenosi aortiche sopravalvolari
 - trilogia di Fallot
 - tetralogia di Fallot
 - atresia della tricuspide
 - pervietà interventricolare ipertesa
 - pervietà interventricolare con "debanding"
 - pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- Sostituzioni valvolari multiple;
- By-pass aortocoronarici multipli;
- Sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico;
- Aneurismi aorta toracica;
- Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio;
- Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto;
- Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti;
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici.

Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale

Asportazione tumori dell'orbita

Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, etc.)

Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)

Emisferectomia

Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore

Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto

Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo

Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari

Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)

Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica

Somatotomia vertebrale
Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica

CHIRURGIA VASCOLARE

Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale
Trattamento chirurgico dell'ipertensione portale

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
Resezioni del sacro
Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari
Disarticolazione interscapolo toracica
Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
Emipelvectomy
Emipelvectomy "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
Vertebrotomia
Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
Uncoforaminotomia
Corpectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
Artrodesi per via anteriore
Interventi per via posteriore con impianti
Interventi per via anteriore senza impianti
Interventi per via anteriore con impianti

UROLOGIA

ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
Ileo bladder
Cistoprostatovesicolectomia con neovescica rettale
Cistoprostatovesicolectomia con ileo bladder
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
Cistoprostatovesicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale

GINECOLOGIA

Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
Intervento radicale per carcinoma ovarico

TRAPIANTI DI ORGANI

Tutti

Elenco 2

INFARTO DEL MIOCARDIO

Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

CORONAROPATIA

Malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie, con innesto di by-pass o richieda tecniche non chirurgiche, quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.


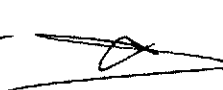
ICTUS CEREBRALE

(colpo apoplettico)


Accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicino morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionanti accertati.

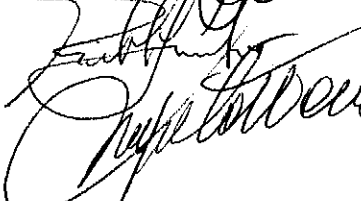
MALATTIA ONCOLOGICA



Ogni stato di malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico.

18/12/2013 FABI:  

FIBA - CSL:

DIREZIONE 



FISA - CSL

Ratti 
Ratti 

