

Polizza di assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie per Grande Intervento Chirurgico

N° 730952849

(sostituzione polizza n.720361036)

Contraente: Technip Italy Club CF.: 04418561009

Garanzia operante per:

- I componenti dei nuclei familiari già assicurati con polizza 704199613/48 – Technip Italy Club aderenti alla polizza 720361036 dal 31/12/2013;
- Relativamente alle nuove adesioni che decorrono il 31/12 di ogni anno, i dipendenti in quiescenza ed i coniugi, come descritto all'art. 1 – Definizioni – ;
- Adesioni senza soluzione di continuità con polizze RSM collettive Allianz;
- Non sono ammesse adesioni in corso d'anno.

Totale pagine 19



Allianz S.p.A.
Sede legale
Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste
Telefono +39 040 7781.111
Fax +39 040 7781.311

Uffici:
Milano 20122 - Corso Italia, 23
Torino 10121 - Via Vittorio Alfieri, 22
Trieste 34123 - Largo Ugo Irneri, 1
CE, P, IVA e Registro imprese

Iscritta all'Albo imprese
di assicurazione n. 1.00152
Capogruppo del gruppo assicurativo
Allianz, iscritto all'Albo gruppi
assicurativi n. 018

Condizioni di Assicurazione

Polizza N° 730952849

Sommario

-
- | | |
|----------|--------------------|
| 1 | Definizioni |
|----------|--------------------|
-
- | | |
|----------|---|
| 2 | Condizioni generali di assicurazione |
|----------|---|
-
- | | |
|----------|--|
| 3 | Norme relative all'assicurazione rimborso spese sanitarie |
|----------|--|
-
- | | |
|----------|-------------------------------|
| 4 | Condizioni Particolari |
|----------|-------------------------------|
-
- | | |
|----------|--|
| 5 | In caso di sinistro – Modalità di pagamento |
|----------|--|
-
- | | |
|----------|--|
| 6 | Elenco Grandi interventi chirurgici |
|----------|--|
-

1 - Definizioni

ASSICURATO: Il dipendente in quiescenza ed il Coniuge non legalmente separato o il Convivente more uxorio ;

ASSICURAZIONE: Insieme delle garanzie prestate all'Assicurato dalla polizza.

CONTRAENTE: Persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.

POLIZZA: Documento che prova l'esistenza del Contratto di assicurazione.

SOCIETA': ALLIANZ S.p.A.

PROVIDER: Pro.Ge.Sa. For All

PREMIO: Prezzo delle garanzie assicurative, il cui pagamento è indispensabile per rendere efficace la polizza.

CENTRALE INFORMATIVA: la struttura organizzativa di Pro.Ge.Sa For All, tramite la quale provvede a:

- * organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso alle Strutture sanitarie convenzionate;
- * fornire all'Assicurato informazioni sulle garanzie assicurative, sulle Strutture Sanitarie convenzionate e sull'eventuale quota a suo carico

INDENNITÀ: Somma riconosciuta dall' Impresa in caso di sinistro.

SINISTRO: Evento garantito dalla polizza.

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 corporali oggettivamente 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; sono, altresì, compresi in garanzia gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato.

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO: ogni intervento chirurgico indicato nell'elenco incluso nelle presenti condizioni.

RICOVERO: degenza, comportante almeno un pernottamento, in Istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza.

DAY HOSPITAL: degenza esclusivamente diurna, ancorché discontinua, in Istituto di Cura documentata da cartella clinica, dalla quale risultino sia la tipologia delle prestazioni effettuate, che possono essere di carattere diagnostico e/o terapeutico e/o riabilitativo, sia i giorni di effettiva permanenza nell'Istituto di Cura.

INTERVENTO CHIRURGICO: atto lecitamente effettuato in ambulatorio od Istituto di Cura, anche in regime di day hospital, che si concretizza attraverso l'incisione della cute o comunque dei tessuti dell'organismo anche mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.

Agli effetti assicurativi, s'intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione non chirurgica di fratture e lussazioni.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA: l'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma.

NETWORK: Strutture Sanitarie convenzionate con la Pro.Ge.Sa For All.

STRUTTURA SANITARIA: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera, nonché i centri diagnostici e gli studi medici ed odontoiatri.

Non sono considerate "Strutture sanitarie", le strutture di convalescenza, quelle per lungo-degenti, le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche (sia mediche che chirurgiche) e le "case di riposo".

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.

REPARTO SOLVENTI: reparto a pagamento di una struttura sanitaria a gestione Pubblica (ospedaliera o universitaria).

INTRAMURARIA(Intramoenia): l'attività libero-professionale dei Medici dipendenti di un Ente Pubblico (Azienda ospedaliera o Istituto universitario) che hanno optato per il rapporto esclusivo con l'Ente stesso, svolta indifferentemente nell'ambito dell'Ente stesso o in Strutture con l'Ente convenzionate;

2 - Condizioni generali di assicurazione

Art. 2.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 2.2 - 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 successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 40° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 2.3 – Modifiche dell'assicurazione – Variazione delle persone assicurate

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto. Eventuali esclusioni non daranno luogo a rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società. In tal caso, la garanzia cesserà di avere effetto, al termine dell'annualità nel quale è avvenuta l'esclusione. Resta inteso che, in caso di esclusione dal presente contratto del dipendente in quiescenza, la copertura prestata per il relativo familiare s'intende automaticamente cessata al termine dell'annualità nel quale è avvenuta l'esclusione.

Art. 2.4 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta spedita da una delle Parti mediante lettera raccomandata almeno trenta giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 2.5 - Oneri fiscali

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

P R E M E S S A

La presente polizza viene stipulata per i Dipendenti in quiescenza della spett.le Technip Italy S.p.A. ed è valida anche per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, nonché le malattie croniche e recidivanti.

3- Norme relative all'assicurazione rimborso spese sanitarie**Art. 3.1. - Oggetto dell'assicurazione**

La presente assicurazione prevede il pagamento in forma diretta o l'eventuale rimborso delle spese sanitarie di seguito riportate, per grandi interventi chirurgici elencati nell'art. "Elenco grandi interventi chirurgici", purché conseguenti ad infortunio o malattia, indennizzabili a termini di polizza e conformemente alle disposizioni stabilite nell'Art. "Modalità di pagamento" fino alla concorrenza di euro 100.000,00 intendendosi tale somma quale disponibilità unica per persona e per anno assicurativo.

- Durante il ricovero per grandi interventi chirurgici

L'assicurazione prevede il pagamento diretto o il rimborso (nel caso in cui il ricovero avvenga in Struttura sanitaria non convenzionata o parzialmente convenzionata) delle spese per:

- gli onorari, in caso di intervento, del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivamente all'intervento stesso;*
- diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, compresi l'utilizzo di apparecchiature terapeutiche e le endoprotesi applicate durante l'intervento;*
- l'assistenza medica, le cure (anche omeopatiche), i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di ricovero, purché inerenti alla verifica o al completamento della diagnosi di ricovero;*

- le rette di degenza, fino a concorrenza del massimale prescelto per il ricovero;
- le spese per vitto e pernottamento sostenute dall'eventuale accompagnatore nella Struttura sanitaria presso la quale si trova ricoverato l'Assicurato fino a concorrenza di euro 100,00 giornaliere (I.V.A. compresa), per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Qualora la Struttura sanitaria non fosse in grado di dare ospitalità all'accompagnatore, la copertura è operante per dette spese anche se avvenute in altre strutture (alberghi, hotel e similari).

- Prima e dopo la conclusione del ricovero per grandi interventi chirurgici

L'assicurazione prevede fino a concorrenza di euro 5.000,00, nel limite del massimale ricovero, per persona e per anno assicurativo - il rimborso delle spese per:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici) effettuati, anche al di fuori della Struttura sanitaria o dell'ambulatorio, nei sessanta giorni antecedenti l'intervento chirurgico, purché inequivocabilmente inerenti all'infortunio o alla malattia che ha comportato il grande intervento chirurgico;
- esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei sessanta giorni successivi all'intervento chirurgico, purché inequivocabilmente inerenti all'infortunio o alla malattia che ha comportato il grande intervento chirurgico;
- trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitario attrezzato (adeguato alla gravità del caso) alla Struttura sanitaria o all'ambulatorio, per il trasferimento da una Struttura sanitaria ad un'altra e per il rientro alla propria abitazione, fino a concorrenza del sottolimito di euro 2.000,00 per persona e per anno assicurativo.

Art. 3.2 -Trapianto di organi

Nel caso di trapianto di organi o di loro parti è inoltre compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute fino alla concorrenza del massimale assicurato per le prestazioni sanitarie rese necessarie per l'espianto e per il trasporto degli stessi.

Se il donatore è persona vivente, la Società rimborsa anche le spese sostenute durante il ricovero del donatore stesso per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'equipe operatoria e materiale di intervento), cure, medicinali e rette di degenza.

Art. 3.3 - Rimpatrio della salma

L'assicurazione comprende, per ogni evento indennizzabile a termine di polizza avvenuto all'estero che provochi il decesso dell'Assicurato, il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato stesso, fino al luogo di sepoltura in Italia, fino a concorrenza di euro 1.500,00 per evento.

Art. 3.4 - Malattie oncologiche

Qualora all'Assicurato in corso di contratto venga diagnosticata ed accertata per la prima volta nella sua vita una malattia oncologica, la Società, fermo il diritto dell'Assicurato a quanto dovutogli per altre prestazioni, riconoscerà allo stesso la somma una-tantum di € 4.000,00 che verserà in un'unica soluzione nei sessanta giorni successivi alla presentazione della documentazione clinica.

Il diritto alla citata indennità è di carattere personale e, quindi, non trasmissibile agli eredi.

Contestualmente al pagamento dell'indennità, la presente garanzia decade relativamente all'Assicurato per cui è stata erogata la prestazione.

Per "malattia oncologica" si intende qualsiasi neoplasia maligna invasiva, nonché i tumori benigni e di malignità non specificata dell'endocranio e degli altri organi del sistema nervoso centrale.

La patologia dovrà essere comprovata da un referto isto-patologico.

In caso di difficoltà o impossibilità nell'ottenere un esame isto-patologico, la Società darà incarico a periti medici di verificare personalmente con i medici curanti altre evidenze indirette che possano portare alla diagnosi di malattia oncologica.

4 - Condizioni Particolari

Art. 4.1 – Rischi esclusi

Sono escluse dall'assicurazione:

- le malattie mentali, disturbi psichici in genere come pure comportamenti nevrotici;*

- le intossicazioni causate da:
 - abuso di alcolici;
 - uso di allucinogeni;
 - uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti.
- le cure relative alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad essa collegate;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastico ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- le cure dentarie e le periodontopatie non conseguenti ad infortunio; sono comunque esclusi le protesi dentarie, le cure e gli interventi di ortodonzia e per disodontiasi;
- il parto;
- l'aborto volontario non terapeutico;
- l'eliminazione di difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto;
- gli infortuni:
 - derivanti dalla pratica di sports aerei o dalla partecipazione a corse e a gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo si tratti di gare di regolarità pura) o dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
 - derivanti dalla pratica dei seguenti sport: alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo;
 - derivanti dalla partecipazione a competizioni - e relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo quelle aziendali ed interaziendali;
 - causati da ubriachezza;
 - conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato stesso;
- le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici, salvo quanto previsto dalle singole prestazioni;
- le conseguenze derivanti da stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata ed insurrezione;
- le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni nonché quelle - dirette o indirette - derivanti da 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);
- i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
- gli interventi chirurgici finalizzati alla correzione dei vizi di rifrazione;
- tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita.

Art. 4.2 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 4.3 – Modalità di adesione

Per le nuove adesioni che decorrono il 31/12 di ogni anno, la garanzia è operante per il Dipendente in quiescenza e il Coniuge come descritto all'art 1 – Definizioni – .

Non sono ammesse adesioni in corso d'anno.

Sono ammesse solo adesioni senza soluzione di continuità con polizze RSM collettive Allianz.

Art. 4.4 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da: alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o infermità mentali.

La sopravvenienza in corso di contratto delle predette affezioni, comporta nei confronti dell'Assicurato la cessazione dell'assicurazione.

Inoltre, non è ammessa la stipulazione della polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto il 75° anno di età.

I Coniugi non sono assicurabili disgiuntamente dal Dipendente in quiescenza.

Art. 4.5 - Prova

E' a carico di chi domanda l'indennità di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini di polizza.

Art. 4.6 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per lo stesso rischio.

Permane invece l'obbligo per il Contraente di denunciare le altre eventuali assicurazioni che lo stesso avesse in corso o stipulasse per il rischio analogo a quello della presente polizza.

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 del Codice Civile.

Art. 4.7 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 4.8 – Premi

Il premio annuo – imposta compresa – per persona è pari ad € 450,00 .

5- In caso di sinistro – Modalità di pagamento

Art. 5.1 - Obblighi relativi alla denuncia dei sinistri

La modalità di denuncia del sinistro, si differenzia in base alla tipologia di Struttura sanitaria utilizzata.

A) UTILIZZO DI STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA CON IL PROVIDER (assistenza in forma diretta)

L'Assicurato può verificare l'elenco delle Strutture sanitarie e dei medici specialisti convenzionati con il Provider, mediante l'accesso alla propria Area personale riservata, all'indirizzo <https://www.progesaforall.it>.

L'Assicurato, deve prenotare la prestazione sanitaria da effettuare, utilizzando una delle seguenti modalità:

Chiamare la Centrale Informativa del Provider, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00, ai seguenti numeri:

- dall'Italia, numero verde 800-129448 per telefono fisso; numero verde 848-082391 per cellulare;
- dall'estero, numero di rete fissa +39 06-87247770.

La Centrale Informativa, verificata l'operatività della polizza nei confronti dell'Assicurato ed il massimale residuo ancora disponibile per la prestazione richiesta, contatta la Struttura sanitaria prescelta ed apre una richiesta di prenotazione indicando i recapiti telefonici dell'Assicurato.

La Struttura Sanitaria provvede, a sua volta, a contattare l'Assicurato per concordare insieme il giorno e l'ora disponibili per l'esecuzione della prestazione.

La Struttura sanitaria, una volta perfezionata la richiesta di prenotazione, apre sul sistema telematico il sinistro impegnando il massimale previsto per l'importo della prestazione da effettuare.

— **Accedere all'Area personale riservata**, all'indirizzo <https://www.progesaforall.it>. e una volta individuata la Struttura sanitaria desiderata, invia alla stessa la richiesta di prenotazione, compilando il relativo form, indicando i recapiti telefonici, le prestazioni sanitarie a lui necessarie, due date possibili per l'esecuzione delle precitate prestazioni ed allegando la prescrizione medica completa di diagnosi presunta o certa.

La Struttura sanitaria, contatta successivamente l'Assicurato per accordarsi sulla prenotazione e/o per richiedere eventuali ulteriori informazioni. Ad appuntamento concordato, la Struttura sanitaria apre il sinistro impegnando il massimale previsto per l'importo della prestazione da effettuare.

- **Rivolgersi direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata**, comunicando il proprio codice fiscale e/o il codice personale, permettendo così alla Struttura sanitaria di identificarlo e di verificare l'operatività della polizza nei confronti dello stesso, la disponibilità del massimale residuo ed il giorno disponibile per l'esecuzione della prestazione.

Nel caso in cui l'Assicurato utilizzi una Struttura sanitaria convenzionata senza aver attivato una delle modalità soprariportate, le spese sanitarie sostenute – indennizzabili a termini di Polizza - verranno liquidate secondo quanto indicato al punto B) "Utilizzo di Struttura sanitaria non convenzionata con il Provider (assistenza in forma rimborsuale)".

Qualora, un medico operante all'interno della Struttura sanitaria convenzionata risultasse non convenzionato con il network, il Provider è disponibile a convenzionarlo (purché la richiesta di convenzionamento sia pervenuta per tempo tramite la Struttura sanitaria convenzionata ed il medico abbia accettato i Tariffari del Provider), in modo tale da permettere l'attivazione della procedura di assistenza in forma diretta.

L'Assicurato deve presentare alla Struttura sanitaria convenzionata, all'atto della fruizione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione medica completa di diagnosi presunta o certa.

L'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Struttura sanitaria non può richiedere all'Assicurato, né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, ad eccezione del caso di crediti relativi a spese per prestazioni non previste o comunque non indennizzabili a termini di Polizza, eccedenti i massimali assicurati o non autorizzate dalla Centrale Informativa.

B) UTILIZZO DI STRUTTURA SANITARIA NON CONVENZIONATA
CON IL PROVIDER (assistenza in forma rimborsuale)

L'Assicurato, comunicando il proprio codice fiscale e/o il codice personale, può richiedere preventivamente alla Centrale Informativa qualsiasi informazione inerente l'operatività della copertura, l'indennizzabilità della prestazione da effettuare e l'eventuale quota a proprio carico.

L'Assicurato può accedere alle informazioni soprariportate - anche attraverso la propria Area personale riservata - all'indirizzo <https://www.progesaforall.it>.

L'Assicurato deve richiedere al Provider il rimborso delle prestazioni sanitarie effettuate - entro 30 giorni dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria o dell'emissione della fattura o ricevuta negli altri casi - inviando copia di tutta la documentazione inerente la spesa sanitaria sostenuta (compresa anche la prescrizione medica completa di diagnosi presunta o certa), attraverso una delle modalità di seguito indicate.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

Modalità per richiedere il rimborso:

1. Area Personale riservata all'indirizzo <https://www.progesaforall.it>
2. Email: sinistri@progesaforall.it
3. Fax: 06.87137092
4. Posta raccomandata R.R. a: Pro.Ge.Sa For All, via Renato Fucini, 14 – 00137 Roma

Eventuali sospensioni della pratica o richieste di integrazione di documentazione verranno effettuate attraverso il sistema telematico.

Qualora diversamente richiesto dall'Assicurato, lo stesso può inviare la copia della documentazione anche in forma cartacea – all'indirizzo sopraindicato e, nel caso fosse inoltrata in originale, verrà restituita a mezzo posta, con il relativo costo a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato può verificare in ogni momento - tramite l'accesso all' Area personale riservata - lo stato di avanzamento delle sue pratiche di rimborso.

Per entrambi i punti A) e B) soprariportati, l'Assicurato deve:

- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla Malattia e/o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero o altra prestazione extraricovero indennizzabili a termini di Polizza;

- presentare le copie delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate, relative alle spese sostenute correlate dalla prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

L'Assicurato deve altresì:

- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire all'impresa ogni altra documentazione o informazione amministrativa e/o sanitaria che la stessa ritenga necessaria per poter processare la pratica, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Nel caso in cui, durante il periodo di cura, sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente, l'Azienda socia o gli eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa e gli adempimenti di cui sopra dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Art. 5.2 – Criteri di liquidazione

Il pagamento viene sempre effettuato previa presentazione della fattura/ricevuta, riportante le prestazioni effettuate.—Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi 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 "Rinuncia al diritto di surrogazione". A tal proposito, in aggiunta alla documentazione prevista per l'inoltro della richiesta di pagamento, l'assicurato dovrà allegare anche copia del prospetto di liquidazione ricevuto dai predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio della data di emissione della fattura—rilevato dalla Banca Centrale Europea.—

Art. 5.3 - Obbligo di restituzione degli indennizzi erogati per spese non dovute

L'Impresa, nell'eventualità di pagamenti alla Struttura sanitaria convenzionata che, successivamente, dovessero risultare per qualsiasi motivo non dovuti a termini di Polizza, si riserva la facoltà di richiedere dette somme all'Assicurato, il quale è obbligato a restituirle all'Impresa.

Art. 5.4 - Modalità di pagamento

RICOVERO OSPEDALIERO

A. Ricoveri in Strutture sanitarie convenzionate

a1. Ricoveri in Strutture sanitarie convenzionate con equipe medica e/o chirurgica convenzionata

In caso di ricovero con grande intervento chirurgico in Struttura sanitaria convenzionata ed equipe medica e/o chirurgica convenzionata, l'Impresa provvederà ad effettuare il pagamento diretto alla Struttura sanitaria di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero nei limiti previsti dall' Art. "Oggetto dell'assicurazione"

a2. Ricoveri in Strutture sanitarie convenzionate con equipe medica e/o chirurgica non convenzionata

In caso di ricovero con grande intervento chirurgico in Struttura sanitaria convenzionata ed equipe medica e/o chirurgica non convenzionata, l'Impresa provvederà a:

- pagare direttamente alla Struttura sanitaria tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero nei limiti previsti dall' Art. "Oggetto dell'assicurazione";
- rimborsare, all'Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni dell'equipe operatoria non convenzionata sempre nei limiti previsti dall' Art. "Oggetto dell'assicurazione".

B. Ricoveri in Strutture sanitarie non convenzionate

In caso di ricovero in Struttura sanitaria non convenzionata, 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 previsti dall' Art. "Oggetto dell'assicurazione".

C. Spese precedenti e successive al ricovero

Per le spese precedenti e successive il ricovero con grande 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 nei limiti previsti dall' Art. "Oggetto dell'assicurazione".

Art. 6 - Elenco grandi interventi 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 Vater

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

- *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 saccolari, 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
Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
Cistoprostatovescicolectomia 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

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione del contratto, copia integrale della documentazione precontrattuale prevista dalla normativa vigente.