



# Pramerica

## Contratto di Assicurazione per la copertura del rischio Malattia

Rimborso Spese Mediche

# Pramerica New Protezione & Salute

**Il presente Set Informativo, contenente:**

- DIP Danni
- DIP Aggiuntivo Danni
- Condizioni di assicurazione
- Modulo Proposta di Assicurazione

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione**

**Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente il DIP Danni e il DIP Aggiuntivo Danni.**

Edizione 01/19

## Pramerica Life S.p.A.

Una Società controllata, coordinata e diretta  
da Prudential Financial Inc. USA - Socio Unico

# SET INFORMATIVO

## “Pramerica New Protezione & Salute”

---

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA COPERTURA DEL RISCHIO MALATTIA  
RIMBORSO SPESE MEDICHE

Il presente Set Informativo, contenente:

DIP Danni	Pag. 3
DIP Aggiuntivo Danni	Pag. 5
Condizioni di Assicurazione	Pag. 9
Modulo Proposta di Assicurazione	(Allegato)

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.**

**Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente il DIP Danni e il DIP Aggiuntivo Danni.**

# INDICE

---

DIP Danni	Pag. 4
DIP Aggiuntivo Danni	Pag. 6
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	Pag. 10
Norme che regolano l'Assicurazione in generale	Pag. 11
Norme che regolano l'Assicurazione Rimborso Spese Mediche OPZIONE 1 - OPZIONE 2 - OPZIONE 3	Pag. 13
Norme operanti in caso di sinistro	Pag. 21
Norme che regolano l'Assicurazione "Assistenza"	Pag. 25
ALLEGATI	
Allegato 1 - MODULO PROPOSTA DI ASSICURAZIONE	(Allegato)

Pramerica Life S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia ed iscritta all'albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00086 e all'Albo Gruppi Assicurativi al n. 017.

Il presente documento contiene informazioni per aiutare il potenziale contraente a capire le caratteristiche principali relative al prodotto assicurativo danni.

**Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto sono fornite in altri documenti.**

## Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza prevede una copertura contro gli infortuni professionali ed extraprofessionali e contro l'invalidità permanente da malattia, qualora richiamate in polizza. Sono previste inoltre, qualora richiamate in polizza, prestazioni di assistenza.



### Che cosa è assicurato?

#### RIMBORSO SPESE MEDICHE

##### 1. Prestazioni ospedaliere (RICOVERI)

✓ Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti di cura (ricovero con/senza intervento chirurgico, day hospital con/senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale, parto cesareo/fisiologico ed aborto terapeutico, intervento chirurgico odontoiatrico, correzione difetti visivi, interventi plafonati se effettuati in regime di assistenza indiretta)

- ✓ Indennità sostitutiva
- ✓ Spese per Accompagnatore
- ✓ Spese per Trasporto dell'Assicurato all'istituto di cura
- ✓ Spese per Rimpatrio Salma
- ✓ Spese sanitarie relative al Neonato
- ✓ Ticket SSN sulle prestazioni coperte (ospedaliere)

##### 2. Prestazioni extraospedaliere

- ✓ Alta Diagnostica (Cure e diagnostica di Alta Specializzazione)
- ✓ Cure Domiciliari ed Ambulatoriali
- ✓ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio
- ✓ Cure odontoiatriche da infortunio
- ✓ Spese per l'acquisto di lenti / occhiali
- ✓ Ticket SSN sulle prestazioni coperte (extraospedaliere)

#### ASSISTENZA (solo se richiamata in polizza)

- Collaboratore familiare
- Consegna esiti al domicilio
- Consegna medicinali
- Consegna spesa a domicilio
- Consulenza medica di alta specializzazione
- Consulenza medica telefonica
- Guardia medica permanente ed assistenza domiciliare d'urgenza
- Invio di un fisioterapista
- Invio di un infermiere a domicilio
- Invio di un medico generico a domicilio
- Rimpatrio salma
- Second opinion
- Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario
- Tutoring

L'impegno della Compagnia è in ogni caso rapportato a massimali, franchigie, periodi di carenza, limitazioni ed esclusioni indicate nei documenti contrattuali riguardanti il prodotto oltre che alle somme assicurate concordate con il contraente in base all'Opzione Assicurativa scelta.



### Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ al momento della sottoscrizione della polizza siano affette da alcolismo, insulino-dipendenza, tossicodipendenza, sieropositività HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita;
- ✗ non rispettino i limiti minimi e massimi di età al momento della sottoscrizione (18 anni) e in corso di validità del contratto (70 anni per morte e invalidità permanente o 65 anni per Inabilità Temporanea e Malattia).

Le garanzie non sono operanti per:

- ✗ le conseguenze, complicanze dirette o indirette di malattie e stati patologici dichiarati nel Questionario Sanitario (se non comprese mediante specifico atto contrattuale), nonché quelle sottaciute alla Società all'atto della sottoscrizione però già conosciute e/o diagnosticate; qualora la copertura sia garantita "senza soluzione di continuità":
  - in caso di sottoscrizione CON QUESTIONARIO SANITARIO per la precedente copertura sanitaria, resta comunque valido il questionario sanitario già compilato e sottoscritto dagli Assicurati (che formerà parte integrante della polizza), nonché le esclusioni specifiche da esso scaturite ed applicate dal precedente assicuratore. Restano comunque escluse le patologie preesistenti conosciute e diagnosticate alla data della prima sottoscrizione, anche se non dichiarate nel questionario sanitario sopra indicato.
- ✗ Restano invece incluse le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipula della polizza;
- ✗ le conseguenze dirette ed indirette di infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura;
- ✗ le prestazioni determinate da sieropositività diagnosticata, da sindrome da immunodeficienza acquisita H.I.V. e sindromi ad esse correlate;
- ✗ gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- ✗ gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- ✗ le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflette, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ✗ i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
- ✗ l'interruzione volontaria della gravidanza;
- ✗ le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni congenite o difetti fisici preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo malformazioni congenite e difetti fisici relativi ai bambini di età inferiore ai 3 anni;
- ✗ i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri).



## Ci sono limiti di copertura?

Nel contratto trovano applicazione i seguenti periodi di carenza:

- ! per gli infortuni: momento in cui ha effetto l'assicurazione.
- ! per le malattie: 30 giorni successivi a quello di effetto dell'assicurazione.
- ! per il parto: 300 giorni successivi a quello di effetto dell'assicurazione.
- ! per le conseguenze di stati patologici insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula qualora in tal momento non conosciuti e/o diagnosticati: 180 giorni successivi a quello di effetto dell'assicurazione.
- ! per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'aborto terapeutico la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 30 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.



## Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione ti copre in tutto il mondo.



## Che obblighi ho?

- L'accertamento dello stato di salute dell'Assicurato è un presupposto per la sottoscrizione del contratto ed è pertanto necessaria la compilazione del questionario sanitario da parte dell'Assicurato stesso in maniera precisa e veritiera. Le dichiarazioni inesatte e/o reticenti del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare, infatti, la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione.
- Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto lo stesso rischio o rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa. Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.
- Devi denunciare il sinistro dandone avviso scritto a Previmedical (che gestisce per conto della Compagnia i sinistri), oppure alla Compagnia stessa, quando ne hai avuto conoscenza e, comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui ne hai avuto la possibilità. Sei sollevato da tale obbligo se ti sei avvalso di istituti di cura e/o di medici convenzionati e sei stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro. In questo caso, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della polizza.
- Devi consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Compagnia, sottoporli agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da nostri incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che ti hanno visitato o curato e gli enti presso i quali sei stato ricoverato o curato ambulatorialmente.



## Quando e come devo pagare?

Il premio di polizza ha cadenza annuale con possibile frazionamento mensile, trimestrale e semestrale. In tal caso il premio annuo viene aumentato del 3,5% per rateizzazione mensile, del 2,5% per rateizzazione trimestrale e del 2% per rateizzazione semestrale.

Puoi pagare il premio tramite assegno bancario non trasferibile o POS (bancomat, carta di credito).

Il premio può prevedere degli sconti per numero di teste assicurate appartenenti allo stesso nucleo familiare:

- sconto del 5% in caso di 2 persone assicurate;
- sconto del 10% in caso di 3 persone assicurate;
- sconto del 20% in caso di 4 o più persone assicurate.

Ad ogni rinnovo annuale il premio può essere soggetto ad adeguamento.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati regolarmente pagati.

Se non paghi i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione rimane sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo a quello di scadenza e ritorna in vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.

La copertura dura un anno dalla data della sottoscrizione della polizza oppure dalla data del pagamento del premio o della rata di premio, se successiva alla sottoscrizione, e prevede il tacito rinnovo a scadenza.



## Come posso disdire la polizza?

Per disdire il contratto devi inviare comunicazione a Pramerica a mezzo lettera raccomandata entro il termine di 60 giorni prima della scadenza annuale. In tal caso l'assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce la disdetta.

# Contratto di Assicurazione per la copertura del Rischio Malattia



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

Compagnia: Pramerica Life S.p.A. Prodotto: Pramerica New Protezione & Salute

Data realizzazione documento: 01/01/2019

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

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

**Pramerica Life S.p.A.** – Società per Azioni con unico socio – società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial, Inc USA, Piazza della Repubblica n. 14 – 20124 Milano; Tel. 02 722581; Sito Internet: [www.pramerica.com](http://www.pramerica.com); Email: [info@pramerica.it](mailto:info@pramerica.it); PEC: [pramerica@legalmail.it](mailto:pramerica@legalmail.it).

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale del 14/03/1990 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19/03/1990. Iscritta all'Albo Imprese IVASS al n. 1.00086.

Il patrimonio netto di Pramerica Life S.p.A. ammonta a € 53 milioni al 31.12.2017, di cui il capitale sociale è pari ad € 12,5 milioni e le riserve patrimoniali ammontano a € 40,5 milioni. L'indice di solvibilità di Pramerica, determinato in applicazione della normativa Solvency II, è pari al 264,00% che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Al contratto si applica la legge italiana.



### Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.*



### Che cosa NON è assicurato?

#### Rischi esclusi

Oltre a quanto indicato nel DIP – Documento Informativo Precontrattuale, sono esposte di seguito maggiori informazioni.

Le garanzie non sono operanti per:

- ✗ le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- ✗ le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo., i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
- ✗ le spese relative a prestazioni di logopedia e trattamenti fisioterapici (salvo se previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);
- ✗ le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- ✗ le prestazioni non effettuate e fatturate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche;
- ✗ i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale;

- ✗ gli infortuni causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- ✗ gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- ✗ gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);
- ✗ gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- ✗ le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
- ✗ le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
- ✗ le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- ✗ trattamenti/interventi di chirurgia plastica ed estetica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati a scopo ricostruttivo:
  - anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
  - a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
  - a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per neoplasia maligna;
- ✗ le cure e gli accertamenti odontoiatrici, le protesi dentarie e le cure ortodontiche rese necessarie da malattia;
- ✗ le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
- ✗ la correzione dei vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) se non prevista dall'Opzione Assicurativa prescelta;
- ✗ i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- ✗ protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di ricovero e Day Hospital con intervento chirurgico;
- ✗ trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio;
- ✗ lenti ed occhiali (se non previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);



## Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



## Che obblighi ho? / Quali obblighi ha l'impresa?

### Cosa fare in caso di sinistro

**Denuncia di sinistro:** in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso – mediante lettera raccomandata – a Previmedical oppure alla Compagnia, quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di Istituti di cura e di medici convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro.

Successivamente l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 120 giorni dalla data di scadenza della polizza.

**Assistenza diretta/in convenzione:** l'Assicurato che ritenga di avvalersi di Istituti di cura convenzionati, prima di accedere alla struttura sanitaria e comunque con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi deve sempre telefonare alla Centrale Operativa di Previmedical S.p.A., che è a disposizione 24 ore su 24, 365 giorni all'anno.

**Gestione da parte di altre imprese:** Previmedical S.p.A. gestisce per conto della Compagnia i sinistri.

**Prescrizione:** si precisa che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione relativamente alle "garanzie danni" si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione.
<b>Obblighi dell'impresa</b>	Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di Istituti di cura e medici convenzionati, l'Assicurato usufruirà delle prestazioni pagate direttamente dalla Compagnia, salvo franchigie e/o scoperti a suo carico. Invece, nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di Istituti di cura e medici non convenzionati, la Compagnia provvederà successivamente al rimborso dei costi da lui sostenuti, nei limiti e con le modalità previsti dal contratto.



## Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i>
<b>Rimborso</b>	Non sono previsti casi in cui il Contraente ha diritto al rimborso del premio.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i>
<b>Sospensione</b>	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



## Come posso disdire la Polizza?

<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i>
<b>Risoluzione</b>	Non sono previsti casi in cui il Contraente ha diritto di risolvere il contratto.



## A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto è perfetto per chi desidera vivere serenamente il proprio futuro, con la certezza di poter far fronte alle spese derivanti da infortunio e/o malattia, avendo a disposizione una copertura che gli consenta di integrare in modo personalizzato e veloce quanto erogato dal sistema sanitario pubblico.



## Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita dai distributori, con riferimento all'intero flusso commissionale, è pari al 39%.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

**All'impresa Assicuratrice**

I reclami, aventi ad oggetto il rapporto contrattuale e specificamente l'effettività della prestazione e della quantificazione/erogazione delle somme dovute o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati, in forma scritta, tramite posta, fax o e-mail, a:

**Pramerica Life S.p.A. - Ufficio Gestione Reclami Piazza della Repubblica, 14 – 20124 Milano**  
**Fax 02.72003580 - Email: [gestione.reclami@pramerica.it](mailto:gestione.reclami@pramerica.it)**



Qualora il diretto interessato, anche tramite i suoi rappresentanti, non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o non abbia ricevuto risposta nel termine massimo di 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria, può rivolgersi a:

**IVASS**  
**Servizio Tutela del Consumatore**  
**Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma Fax 06.42133206**  
**PEC: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it)**

**All'IVASS**

La richiesta dovrà essere redatta in forma scritta e contenere le seguenti informazioni:

- dati anagrafici del reclamante (nome, cognome, domicilio ed eventuale recapito telefonico);
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per la presentazione del reclamo all'IVASS, sul sito dell'Autorità è presente un apposito modulo da utilizzare per fornire tutti gli elementi necessari alla trattazione del reclamo.

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

<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/08/2013, n. 98).
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**

SUL SITO INTERNET DELLA COMPAGNIA È DISPONIBILE, INVECE, UN'AREA RISERVATA ATTRAVERSO LA QUALE SI POTRÀ ACCEDERE ALLA PROPRIA POSIZIONE ASSICURATIVA CONSULTANDO I DATI PRINCIPALI DELLE POLIZZE SOTTOSCRITTE, QUALI, A TITOLO MERAMENTE ESEMPLIFICATIVO, LE COPERTURE ASSICURATIVE IN ESSERE, LE CONDIZIONI CONTRATTUALI SOTTOSCRITTE E LO STATO DEI PAGAMENTI DEI PREMI.

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

#### **Art. 1 - Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione**

L'effetto dell'assicurazione è dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati regolarmente pagati.

**Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione rimane sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello di scadenza e ritorna in vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.**

**In caso di mancato pagamento del premio trascorsi 90 giorni dalla scadenza verranno nuovamente applicati i termini di aspettativa di cui all'art. 13 a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.**

**Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto analogo riguardante gli stessi assicurati, le carenze operano soltanto in relazione alle nuove garanzie ed eccedenze di massimali eventualmente previste dal nuovo contratto.**

#### **Art. 2 - Proroga dell'assicurazione**

In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 60 giorni prima della scadenza annuale, con lettera raccomandata, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente.

#### **Art. 3 - Assicurazione presso diversi assicuratori**

**Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto lo stesso rischio o rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Compagnia stessa. Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Compagnia non è tenuta a corrispondere l'indennizzo. In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.**

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

#### **Art. 4 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni**

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

Tutte le modifiche o comunicazioni inerenti il contratto di assicurazione dovranno essere effettuate per iscritto con lettera raccomandata da ambo le parti.

#### **Art. 5 - Anticipata risoluzione**

Nei casi di anticipata risoluzione del contratto prevista dagli artt. 4 “Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni” e 6 “Persone non assicurabili”, spetta alla Compagnia, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

#### **Art. 6 - Persone non assicurabili**

**Non sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione della polizza siano affette da alcolismo, insulino-dipendenza, tossicodipendenza, sieropositività HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita. Al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto l'assicurazione viene a cessare – indipendentemente dall'effettiva valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Compagnia di corrispondere l'indennizzo.**

#### **Art. 7 - Rinuncia al diritto di rivalsa**

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

#### **Art. 8 - Assicurazione per conto altrui**

Quando la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere

adempiti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

#### **Art. 9 - Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali derivanti dal contratto di assicurazione sono a carico del Contraente.

#### **Art. 10 - Foro competente**

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, purchè sul territorio Italiano.

#### **Art. 11 - Legge applicabile**

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per quanto non previsto nel presente contratto, valgono le norme di legge.

#### **Art. 12 - Rischi esclusi dall'assicurazione per opzione 1, opzione 2 e opzione 3**

L'assicurazione non è operante per:

1. le conseguenze, complicanze dirette o indirette di malattie e stati patologici dichiarati nel Questionario Sanitario (se non comprese mediante specifico atto contrattuale), nonché quelle sottaciute alla Compagnia all'atto della sottoscrizione però già conosciute e/o diagnosticate; qualora la copertura sia garantita "senza soluzione di continuità":
  - in caso di sottoscrizione CON QUESTIONARIO SANITARIO per la precedente copertura sanitaria, resta comunque valido il questionario sanitario già compilato e sottoscritto dagli Assicurati (che formerà parte integrante della polizza), nonché le esclusioni specifiche da esso scaturite ed applicate dal precedente assicuratore. Restano comunque escluse le patologie preesistenti conosciute e diagnosticate alla data della prima sottoscrizione, anche se non dichiarate nel questionario sanitario sopra indicato.

Restano invece incluse le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipula della polizza;
2. le conseguenze dirette ed indirette di infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura;
3. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
4. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
5. le spese relative a prestazioni di logopedia e trattamenti fisioterapici (salvo se previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);
6. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
7. le prestazioni non effettuate e fatturate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche;
8. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale;
9. le prestazioni determinate da sieropositività diagnosticata, da sindrome da immunodeficienza acquisita H.I.V. e sindromi ad esse correlate;
10. gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
11. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
12. gli infortuni causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

13. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
14. gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
15. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);
16. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
17. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
18. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
19. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
20. trattamenti/interventi di chirurgia plastica ed estetica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati a scopo ricostruttivo:
  - anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
  - a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
  - a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per neoplasia maligna;
21. i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
22. l'interruzione volontaria della gravidanza;
23. le cure e gli accertamenti odontoiatrici, le protesi dentarie e le cure ortodontiche rese necessarie da malattia salvo quanto previsto all'art. 17;
24. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni congenite o difetti fisici preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo malformazioni congenite e difetti fisici relativi ai bambini di età inferiore ai 3 anni;
25. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
26. la correzione dei vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) se non prevista dall'Opzione Assicurativa prescelta;
27. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
28. protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di ricovero e Day Hospital con intervento chirurgico;
29. trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio;
30. lenti ed occhiali (se non previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);
31. i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri).

#### **Art. 13 - Termini di aspettativa/Carenze**

Trovano applicazione i seguenti periodi di carenza per opzione 1, opzione 2 e opzione 3:

- 30 giorni in caso di malattia;
- 300 giorni in caso di parto;
- 180 giorni in caso di conseguenze di stati patologici insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula del contratto sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipula;
- 30 giorni in caso di malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'aborto terapeutico, la garanzia è operante soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti, si applica quanto disposto dagli art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

#### **Art. 14 - Persone assicurabili**

L'assicurazione può essere stipulata a favore di persone con età massima all'ingresso di 74 anni ed età massima a scadenza di 75 anni.

L'età dell'Assicurato sarà calcolata basandosi sull'età raggiunta all'inizio dell'anno di copertura (momento della sottoscrizione).

È prevista la compilazione di un Questionario Sanitario per ciascuna persona assicurata. Per minori provvederà un genitore.

Sono assicurabili le persone residenti in Italia e Città del Vaticano.

#### **Art. 15 - Validità territoriale**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

### **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE OPZIONE 1 - OPZIONE 2 - OPZIONE 3**

#### **Art. 16 - Oggetto dell'Assicurazione**

La Compagnia rimborsa, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta le spese indicate negli articoli seguenti, rese necessarie da malattia (compreso il parto e l'aborto terapeutico) e/o infortunio avvenuto in corso di contratto.

I massimali si intendono prestati per persona e per anno assicurativo, qualora non diversamente indicato nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta.

#### **Art. 17 - Prestazioni ospedaliere (Ricoveri)**

##### **A. Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti di cura**

##### **1. Ricovero con/senza intervento chirurgico:**

- a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, relativi al periodo di ricovero che comporti l'intervento chirurgico;
- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi solo in regime di ricovero con intervento chirurgico, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo del ricovero;
- c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi solo a seguito di ricovero con intervento chirurgico, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- f. assistenza infermieristica privata individuale, nel limite di 50 euro al giorno per un massimo di 30 giorni per evento in caso di ricovero senza intervento chirurgico, ovvero senza alcun limite in caso di ricovero con intervento chirurgico;
- g. trapianto: sono coperte le prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente.

##### **2. Day Hospital con intervento chirurgico:**

- a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;
- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

- c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- f. assistenza infermieristica privata individuale.

**3. Day Hospital senza intervento chirurgico:**

- a. l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- b. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- c. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- d. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

**4. Intervento chirurgico ambulatoriale:**

- a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto concomitante con l'intervento;
- c. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti l'intervento;
- d. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali, effettuati nei giorni successivi all'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento medesimo.

**5. Parto cesareo e aborto terapeutico:**

- a. onorari equipe, i diritti di sala di parto, il materiale di intervento;
- b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- c. retta di degenza. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);
- e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- f. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Le spese di cui ai punti da 5a fino a 5f vengono rimborsate secondo il sub-massimale. Non viene applicato nessuno scoperto.

Le spese per eventuali interventi concomitanti con la medesima via di accesso (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: appendicectomia, cisti ovarica, laparocèle, ernia ombelicale ecc.) sono rimborsabili nel limite del sub-massimale specifico per il Parto Cesareo.

**6. Parto fisiologico:**

- a. onorari equipe, i diritti di sala di parto;
- b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- c. retta di degenza. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);
- e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- f. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuate nei

giorni successivi al termine del ricovero e rese necessari dal parto.

Le spese di cui ai punti 6a fino a 6f vengono rimborsate secondo il sub-massimale. Non viene applicato nessuno scoperto.

**7. Intervento chirurgico odontoiatrico (osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti follicolari o radicolari, adamantinoma e odontoma):**

- a. onorari medico specialista, implantologia dentale, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto relativo all'intervento;
- b. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero;
- c. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche effettuate nei 30 giorni successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

Le spese di cui ai punti 7a fino a 7c vengono rimborsate nel limite massimo di 5.000 euro.

Per gli interventi effettuati non in totale regime di convenzione diretta viene applicato uno scoperto del 20% con un minimo di 750 euro per intervento.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in ortopantomografia (o TAC o radiografie) con i relativi referti.

**8. Correzione difetti visivi:**

Anisometropia superiore a 4 diottrie o difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 diottrie.

- a. Intervento di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri, onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria sia l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche effettuate nei giorni successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

Le spese di cui al punto 8a fino a 8e vengono rimborsate secondo il sub-massimale. Non viene applicato nessuno scoperto.

**9. Interventi plafonati solo se effettuati in regime Fuori Network/Indiretta:**

Legatura e stripping di vene	€ 3,500
Rinosettoplastica	€ 3,500
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad. es. chiodi, placche, viti)	€ 3,000
Tonsillectomia/adenotonsillectomia	€ 3,000
Ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 4,000
Intervento per emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole	€ 5,500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo	€ 4,000
Interventi a carico del ginocchio (diversi da legamenti e protesi)	€ 5,000
Isteroscopia operativa	€ 5,000
Cistectomia (esclusa cistectomia totale)	€ 5,000
Miomectomia	€ 7,500
Ricostruzione dei legamenti	€ 8,500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7,500
Asportazione di cisti ovariche	€ 10,000



Tiroidectomia	€ 10,000
Interventi per riduzione e sintesi fratture (anche con chiodi, placche, viti)	€ 8,000
Colecistectomia	€ 8,500
Ernia del disco	€ 12,000
Artrodesi vertebrale	€ 13,000
Interventi sulla prostata:	
• Adenoma prostatico	€ 12,000
• Adenocarcinoma prostatico	€ 18,000
Isterectomia	€ 18,000
Artroprotesi anca e ginocchio	€ 25,000

In caso di intervento chirurgico "plafonato" effettuato fuori Network/Indiretta il rimborso sarà riconosciuto previa applicazione dello scoperto eventualmente previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta, fino al limite massimo indicato nella tabella suesposta.

Tutti gli interventi chirurgici con sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca specialistica.

In particolare:

- Gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria e effettuabili attraverso la medesima via d'accesso sono compresi nel sublimite o plafond dell'intervento principale presente in polizza, ove previsti;
- Gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

Il limite di rimborso per ogni singolo intervento plafonato è riferito alle sole spese connesse al periodo di ricovero con intervento chirurgico (Istituto di Cura ed equipe medica).

Le spese relative alle prestazioni PRE e POST ricovero saranno rimborsate come da Opzione Assicurativa prescelta al netto di eventuali franchigie.

#### **B. Indennità sostitutiva**

Con riferimento al solo ricovero, qualora le prestazioni disciplinate nella precedente lett. A punti 1 fino a 3 e Parto cesareo e aborto terapeutico nonché per il Parto fisiologico, siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero (si intende come tale ogni giorno che comprende anche il pernottamento) e per ogni giorno di Day Hospital entro i limiti indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta.

Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva e il rimborso delle spese rimaste a suo carico.

Inoltre, vengono rimborsate, senza applicazione di scoperto, le spese relative a:

- accertamenti diagnostici, visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), trattamenti fisioterapici e rieducativi (questi ultimi solo se il Ricovero o Day Hospital è con intervento) effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

#### **C. Accompagnatore**

Con riferimento alle prestazioni di cui alla lettera A, punti 1 fino a 3 e Parto cesareo e aborto terapeutico nonché per il Parto fisiologico, vengono altresì rimborsate le spese relative a vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera, ove non sussista la disponibilità in istituto di cura, con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta.

#### **D. Trasporto dell'Assicurato**

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta le spese del trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla

propria abitazione, con mezzo di trasporto sanitario se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto sanitario qualora l'Assicurato si trovi all'estero.

La presente prestazione è prevista nei casi disciplinati alle precedenti lettere A (esclusi i punti 4, 7 e 8) e B.

#### **E. Rimpatrio Salma**

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato infermo a seguito di ricovero (anche in regime di Day Hospital) in istituto di cura all'estero per malattia o infortunio indennizzabile a termini di polizza, con o senza intervento chirurgico.

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

#### **F. Neonato**

Nel caso in cui risultino assicurati entrambi i genitori, la Compagnia assicura il rimborso delle spese sanitarie del neonato:

- a. sostenute durante il ricovero, rese necessarie da malattia o infortunio, del neonato.
- b. La garanzia è prestata esclusivamente come indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta dalla madre e operante a condizione che il parto sia avvenuto trascorsi 360 giorni dalla data di effetto della polizza.
- c. relative a ricoveri per interventi di correzione o eliminazione di malformazioni congenite entro i submassimali indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta ed a parziale deroga dell'art. 12 punto 24 "Rischi esclusi dall'Assicurazione" fermi gli scoperti relativi alla garanzia Ricovero con/senza intervento, purché in corso di validità di copertura.

#### **G. Ticket SSN sulle prestazioni coperte (ospedaliere)**

Vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata nell'Opzione Assicurativa prescelta, entro i limiti di assistenza previsti per ogni singolo tipo di prestazione.

### **Art. 18 - Prestazioni extraospedaliere**

#### **H. Alta Diagnostica (Cure e diagnostica di Alta Specializzazione)**

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le prestazioni di "Alta Specializzazione" di cui al seguente elenco:

##### **Diagnostica di Alta Specializzazione**

- Amniocentesi (oltre il 35° anno di età o in caso di rischio genetico comprovato del feto)
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto

- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

#### **Terapie attinenti patologie oncologiche**

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia.

#### **Terapie**

- Dialisi
- Laserterapia.

#### **Endoscopie non comportanti biopsia**

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastrosopia
- Rettoscopia.

Le prestazioni vengono rimborsate fino alla concorrenza dei massimali e con i scoperti/limiti indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta.

#### **I. Cure Domiciliari ed Ambulatoriali**

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per:

- 1. onorari medici per visite specialistiche**, prescritte dal medico curante, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da infortunio. In caso di infortunio gli onorari medici per visite specialistiche vengono rimborsati purché l'infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, documentazione medica o esiti di esami strumentali;
- 2. accertamenti diagnostici ed analisi**, prescritti dal medico curante (con esclusione degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da infortunio); in caso di infortunio, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, documentazione medica o esiti di esami strumentali.
- 3. trattamenti fisioterapici e riabilitativi**, resi necessari da malattia, prescritti da medico specialista ed effettuati e fatturati da Istituto di Cura, Centro Medico o da medico specialista con un massimo di 1 ciclo (10 sedute) per anno e per Assicurato;
- 4. medicinali**, fermo il submassimale indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, con esclusione dei prodotti omeopatici. Tali prodotti devono essere prescritti dal medico e inerenti al sinistro denunciato. A tale scopo l'Assicurato dovrà inviare:
  - a. la prescrizione medica con l'indicazione del nominativo del paziente, il nome del medicinale prescritto e la relativa patologia accertata;
  - b. lo scontrino fiscale parlante valido ai fini fiscali con l'indicazione del singolo prodotto acquistato ed il relativo costo;
- 5. assistenza infermieristica domiciliare**, vengono rimborsate le spese sostenute dall'Assicurato, entro il sub-limite indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, per assistenza infermieristica professionale a domicilio prescritta dal medico curante.

#### **J. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio**

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese sostenute per fisioterapia e trattamenti di riabilitazione rese necessarie da infortunio. I trattamenti devono

essere effettuati e fatturati da medico specialista, Istituto di Cura o Centro Medico a seguito di infortunio oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, documentazione medica o esiti di esami strumentali.

#### **K. Cure odontoiatriche da infortunio**

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per cure odontoiatriche, escluse le cure ortodontiche, rese necessarie da infortunio. Lo stesso deve essere oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, ortopantomografia o rx endorale o fotografia e corredato da fattura dettagliata con i singoli costi delle prestazioni eseguite. Le cure eseguite dovranno essere congrue con le lesioni dell'infortunio medesimo. I rimborsi per cure odontoiatriche a seguito di infortunio non sono cumulabili con le cure odontoiatriche a seguito di malattia.

#### **L. Lenti / occhiali**

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta le spese sostenute per l'acquisto di lenti ed occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive (escluse le "usa e getta" e lenti estetiche).

Il rimborso avviene in caso di prima prescrizione lenti o di successiva modifica del visus, entrambe certificate dal medico oculista o da ottico optometrista.

Per ottenere il rimborso è necessario presentare la Dichiarazione di Conformità rilasciata dall'ottico come da Decreto Legislativo 24 febbraio 1997, n. 46 e la prescrizione delle lenti con l'indicazione del deficit visivo attuale e quello precedente.

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

#### **M. Ticket SSN sulle prestazioni coperte (extraospedaliere)**

Vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata nell'Opzione Assicurativa prescelta, entro i limiti di assistenza previsti per ogni singolo tipo di prestazione.

Inoltre vengono rimborsate, senza applicazione di uno scoperto, i TICKET per prestazioni ambulatoriali effettuate in Pronto Soccorso, rese necessarie da infortunio che non abbiano comportato ricovero.

#### **Garanzie, condizioni, massimali e limiti di intervento**

(vedi tabella pagina successiva)

<b>GARANZIE, CONDIZIONI, MASSIMALI E LIMITI DI INTERVENTO</b>			
	<b>Opzione 1</b>	<b>Opzione 2</b>	<b>Opzione 3</b>
<b>PRESTAZIONI OSPEDALIERE (Art. 17)</b>	Massimali per persona per anno	Massimali per persona per anno	Massimali per persona per anno
<b>A. Ricovero con/senza intervento</b>			
Day Hospital con/senza intervento			
Intervento Chirurgico Ambulatoriale			
Massimale	€ 260.000	€ 300.000	€ 500.000
assistenza diretta in network convenzionato	franchigia € 1.500	100%	100%
assistenza indiretta	scoperto 35%, min. € 2.000	scoperto 20%	scoperto 20%
Spese PRE/POST	60/60	90/90	120/120
Submassimali			
Aborto terapeutico/Parto Cesareo	€ 4.000	€ 5.000	€ 6.000
Parto fisiologico	€ 2.000	€ 3.000	€ 5.000
Chirurgia refrattiva			€ 1.500 per occhio
Interventi specifici con plafond (solo fuori rete)	da elenco	da elenco	no sottolimito
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	€ 150 al giorno	€ 200 al giorno	no sottolimito
Donatore	SI	SI	SI
<b>B. Indennità Sostitutiva</b>			
Massimale	€ 50 giorno - max. 200 giorni	€ 100 giorno - max. 300 giorni	€ 200 giorno - max. 300 giorni
Day Hospital	50% per Day Hospital	50% per Day Hospital	50% per Day Hospital
Spese PRE/POST relative ad Indennità Sostitutiva	60/60	90/90	120/120
<b>C. Accompagnatore</b>	€ 50 giorno - max. 30 giorni	€ 50 giorno - max. 30 giorni	€ 100 giorno - max. 30 giorni per ricovero
<b>D. Trasporto dell'Assicurato</b>	€ 1.500	€ 1.500	€ 3.000
<b>E. Rimpatrio della salma</b>	€ 1.000	€ 2.000	€ 4.000
<b>F. Neonato</b>			
Ricovero con/senza intervento		primi 4 mesi di vita	primi 6 mesi di vita
Submassimale per Eliminazione/correzione malformazioni congenite	€ 20.000 per evento	€ 30.000 per evento	€ 50.000 per evento
<b>G. Ticket sulle prestazioni coperte</b>	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta
<b>PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (Art. 18)</b>	Massimali per persona per anno	Massimali per persona per anno	Massimali per persona per anno
<b>H. Alta Diagnostica</b>			
Massimale		€ 5.000	€ 7.000
Condizioni		scoperto 20%, min. € 50	scoperto 20%, min. € 50
<b>I. Cure Domiciliari ed Ambulatoriali</b>			
Massimale		€ 1.500	€ 3.000
Condizioni		scoperto 20%, min. € 50	scoperto 20%, min. € 50
- visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi			
- Tratt. fisioterapici e riabilitativi da malattia		1 ciclo (10 sedute)	1 ciclo (10 sedute)
- Medicinali (esclusi omeopatici)		submassimale: € 200 (franchigia € 20)	submassimale: € 400 (franchigia € 20)
- Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40 giorno, max. € 600	€ 40 giorno, max. € 600	€ 40 giorno, max. € 600
<b>J. Tratt. fisioterapici e riabilitativi da infortunio</b>			
Massimale	€ 500	€ 500	€ 4.000
Condizioni	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta
<b>K. Cure odontoiatriche da infortunio</b>			
Massimale	€ 1.000	€ 1.000	€ 4.000
Condizioni	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta
<b>L. Lenti/occhiali</b>			
Massimale			€ 300
Condizioni			franchigia € 75
<b>M. Ticket sulle prestazioni coperte</b>			
Condizioni	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta

### **Art. 19 - Attivazione della copertura e gestione sinistri**

#### **Art. 19.1 - Garanzia Ricovero o Day Hospital con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale ed extra-ricovero:**

**Per le spese sostenute durante il ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero, l'Assicurato potrà:**

- a. avvalersi di Istituti di cura e medici convenzionati usufruendo del pagamento diretto da parte della Compagnia (assistenza diretta);
- b. avvalersi di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, richiedendo successivamente il rimborso alla Compagnia (assistenza indiretta);
- c. avvalersi di Istituti di cura e medici non convenzionati (forma indiretta), richiedendo successivamente il rimborso alla Compagnia (assistenza indiretta);
- d. utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale;

secondo quanto di seguito indicato:

##### **1. Utilizzo di Istituti di cura e medici convenzionati**

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero ritenga di avvalersi di Istituti di cura e di medici convenzionati, attivandosi preventivamente con la Centrale Operativa, la Compagnia paga direttamente all'Istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni non garantite dalla presente Convenzione che rimangono a carico dell'Assicurato, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta. Per le prestazioni extra-ricovero è necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguirle in forma diretta contattando telefonicamente la Centrale Operativa di Previmedical.

##### **2. Utilizzo di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati**

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero ritenga di avvalersi di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, la Compagnia non provvede al pagamento in forma diretta ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, applicando in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza per il regime indiretto, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta.

##### **3. Utilizzo di Istituti di cura e medici non convenzionati**

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero ritenga di avvalersi di Istituti di cura e medici non convenzionati, la Compagnia rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, applicando eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza per il regime indiretto, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta.

##### **4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia provvederà a rimborsare integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute dall'Assicurato (ticket), purché indennizzabili a termini di polizza, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

##### **5. Spese sostenute prima e dopo il ricovero o Day Hospital con o senza intervento, intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero**

Per le spese sostenute prima e dopo il ricovero o Day Hospital con o senza intervento chirurgico o intervento ambulatoriale è prevista la forma diretta qualora l'Assicurato ne faccia richiesta alla Struttura Operativa come indicato all'art. 19.3.

## SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

### **Art. 19.2 - Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro**

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto a Previmedical che gestisce per conto della Compagnia i sinistri, oppure alla Compagnia, quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di Istituti di cura e di medici convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro.

Successivamente l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della polizza.

L'inadempimento di tale obbligo potrebbe comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Compagnia, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

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

Ai fini della valutazione del rimborso di tutte le prestazioni coperte dalla presente polizza, erogate sia in forma Diretta che Indiretta, la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica, esiti di esami strumentali o ogni altra documentazione utile alla corretta valutazione del sinistro.

### **Art. 19.3 - Modalità operative nel caso ci si avvalga di istituti di cura convenzionati**

L'Assicurato che ritenga di avvalersi di Istituti di cura convenzionati, prima di accedere alla struttura sanitaria e comunque con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi, deve sempre telefonare alla Centrale Operativa di Previmedical ai seguenti numeri telefonici dedicati:

**800.99.17.74 da telefono fisso (numero verde)  
199 287164 da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata)  
+39 04221744 215 per chiamate dall'estero**

o mandare una e-mail all'indirizzo di posta elettronica dedicato: [assistenza.pramerica@previmedical.it](mailto:assistenza.pramerica@previmedical.it)

Le informazioni che l'Assicurato deve inviare a Previmedical per l'attivazione dell'assistenza diretta, che possono essere integrate dell'operatore della Centrale Operativa secondo la prestazione richiesta, sono le seguenti:

**In caso di Ricovero o Day Hospital con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale l'Assicurato dovrà farsi rilasciare un certificato medico con l'indicazione di:**

- nome e cognome dell'Assicurato;
- la diagnosi;
- per i ricoveri o Day Hospital:
  - se con intervento, dovrà essere indicato l'intervento chirurgico;
  - se senza intervento, il certificato dovrà contenere l'iter diagnostico e terapeutico;
- per i soli interventi chirurgici ambulatoriali di asportazione il certificato medico dovrà contenere anche il tipo della lesione, la sede e le dimensioni;
- il regime in cui si eseguirà la prestazione (Day Hospital, Ricovero, Int. Ambulatoriale etc.);
- se richiesto, altra documentazione medica/esiti di esami strumentali utili alla valutazione.

**In caso di prestazioni extraospedaliere l'Assicurato dovrà farsi rilasciare un certificato medico con l'indicazione di:**

- nome e cognome dell'Assicurato;
- la diagnosi;
- la prestazione richiesta. I trattamenti fisioterapici e rieducativi a seguito di infortunio devono essere richiesti con prescrizione medica con evidenza sia del tipo di trattamento che del numero di sedute e rilasciata da un medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata certificata;
- per le cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie, fotografie o altra documentazione medica o esiti di esami strumentali, ove necessari);
- se richiesto, altra documentazione medica/esiti di esami strumentali utili alla valutazione.

L'Assicurato dovrà inviare quanto richiesto come da indicazioni dell'Operatore della Struttura Operativa.

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale – al fine di ottenere la prestazione – che l'Assicurato acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite di Previmedical, in mancanza del quale il servizio non è operante.

La Centrale Operativa di Previmedical è a disposizione degli Assicurati:

- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per richiedere autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità.
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

La Centrale Operativa di Previmedical informerà l'Assicurato e inoltrerà alla Struttura Sanitaria la conferma di autorizzazione ad usufruire delle prestazioni in forma Diretta entro i limiti indicati nel "Modulo di Autorizzazione", esclusivamente se dall'esame della documentazione medica pervenuta il sinistro risulterà indennizzabile a termini di polizza.

In alternativa, qualora non fosse possibile autorizzare l'Assistenza Diretta con la sola documentazione medica inoltrata, Previmedical potrà richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali, oppure negare l'autorizzazione all'Assistenza Diretta.

**Art. 19.4 - Criteri di liquidazione del rimborso spese mediche**

**1. Utilizzo di Istituti di cura e medici convenzionati (assistenza diretta)**

Il pagamento che la Compagnia avrà effettuato ad istituti di cura o medici convenzionati solleverà la Compagnia stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Compagnia abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Compagnia a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

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 Compagnia sulla indennizzabilità del sinistro a termini di polizza al ricevimento della documentazione completa.

La Compagnia 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.

Qualora da controlli amministrativi successivi, risultasse che la Copertura Sanitaria non sia attiva per l'annualità in corso, oppure risultasse la mancanza della regolarità amministrativa della polizza o della singola posizione, l'Assicurato dovrà saldare personalmente alla Struttura Sanitaria le spese sostenute anche se precedentemente autorizzate in regime di Assistenza Diretta.

**2/3. Utilizzo di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati e Utilizzo di Istituti di cura e medici non convenzionati (assistenza indiretta)**

La Compagnia effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione, unitamente al modulo di richiesta di rimborso, delle fotocopie delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente



quietanzate e valide ai fini fiscali accompagnate dalla documentazione medica giustificativa quale:

- a. cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital con o senza intervento chirurgico;
- b. certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie extraospedaliere (la specializzazione del medico deve essere congrua con la patologia certificata);
- c. dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- d. esiti di esami clinico strumentali qualora vengono richieste dalla Compagnia per la valutazione del sinistro;
- e. per le cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie, fotografie o altra documentazione medica o esiti di esami strumentali, ove necessari);
- f. i trattamenti fisioterapici e rieducativi a seguito di infortunio devono essere richiesti con prescrizione medica con evidenza sia del tipo di trattamento che del numero di sedute e rilasciata da un medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata certificata.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato, beneficiario delle prestazioni: il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Assicurato/Caponucleo.

Le prestazioni devono essere effettuate da personale specializzato (medico specialista, infermiere, fisioterapista), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura o da Centro Medico.

L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di cura, di uno studio medico o di un medico specialista.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi certificata.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo. In caso di più ricoveri per la medesima patologia effettuati a breve distanza di tempo, la Compagnia può richiedere per le degenze successive al primo ricovero una relazione clinica specialistica che lo documenti.

Le prestazioni relative a ricoveri in struttura privata senza intervento e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto (c.d. "ricoveri impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito e nei termini di cui al punto "Specialistiche Extraospedaliere"

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi le notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

#### **4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (assistenza indiretta)**

Nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso delle spese, questo avverrà con le modalità previste dal precedente punto 2/3 del presente articolo.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato richieda la corresponsione dell'Indennità Sostitutiva, egli dovrà far pervenire direttamente alla Compagnia la copia conforme della cartella clinica completa; inoltre, se richiesto, dovrà fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici. Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità sostitutiva relativa a ricoveri sostenuti all'estero.

Spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero:

Il rimborso delle spese sanitarie viene effettuato secondo quanto previsto al precedente punto 2/3 se in regime indiretto, o secondo quanto previsto al precedente punto 1, se in regime diretto.

#### **Art. 19.5 - Denuncia sinistri per le richieste di rimborso (assistenza indiretta)**

Qualora l'Assicurato non attivi l'assistenza diretta optando per l'assistenza indiretta come indicato ai punti 2/3 e 4 dell'art. 19.4, la documentazione deve essere inoltrata inviando una pratica per ogni Assicurato e per singola patologia con:

- modulo di richiesta rimborso compilato e firmato in ogni sua parte;
- le copie delle notule di spesa;
- le relative prescrizioni mediche con patologia sospetta o accertata;
- ogni altra documentazione, come da prestazione (art. 19.4, punto 2/3 e 4) e garanzia specifica.

Nelle modalità indicate di seguito:

- in forma cartacea unitamente al modulo e ai relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

**Ufficio Liquidazioni Pramerica**  
**c/o Previmedical S.p.A.**  
**Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)**

- on-line allegando la documentazione indicata al paragrafo precedente attraverso l'area riservata utilizzando le proprie credenziali di accesso collegandosi al sito web <http://www.pramericagroup.it> e seguendo la procedura che le è stata consegnata alla stipula della polizza. La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale. La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (prot. SSL a 128 bit).

#### **Art. 19.6- Prestazioni eseguite da strutture e medici convenzionati**

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Compagnia non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dagli Istituti di cura e dai medici convenzionati. Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture (Istituti di cura, Centri diagnostici e Studi odontoiatrici) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

#### **Art. 20 - Controversie - Arbitrato irrituale**

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. 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 dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra 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 arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

### **Norme che regolano l'assicurazione "Assistenza"**

Garanzia operante solo se presente in polizza.

#### **Art. 21 - Oggetto dell'assicurazione**

La Compagnia fornisce all'Assicurato, che a seguito di infortunio o malattia ne abbia necessità, le prestazioni sotto descritte.

Per usufruire delle prestazioni di Assistenza l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa che se ne occupa come indicato all'Art. 23 delle Condizioni di Assicurazione.

#### **Art. 22 - Prestazioni di Assistenza**

##### 1 - Collaboratore familiare

Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, è stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore, a 5 giorni e sia temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.

## 2 - Consegna Esiti al domicilio

Qualora l'Assistito si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante e nessuno possa andare per lui, la centrale Operativa, dopo aver ritirato presso l'Assistito la documentazione eventualmente necessaria per il ritiro degli esiti, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assistito ed al medico da lui indicato. Il costo degli accertamenti sostenuti resta a carico dell'Assistito.

## 3 - Consegna medicinali

Qualora l'Assistito necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Compagnia, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assistito, provvede alla consegna dei medicinali prescritti. A carico dell'Assistito resta soltanto il costo dei medicinali.

## 4 - Consegna spesa a domicilio

Quando, in seguito ad infortunio o malattia che abbiano dato luogo ad interventi di particolare complessità tali da determinare una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica, la Centrale Operativa provvederà, nelle due settimane successive all'evento, ad organizzare la consegna al domicilio dell'Assicurato di generi alimentari/prima necessità. Sarà a carico della Centrale Operativa trasferire la richiesta per l'acquisizione della lista dei generi alimentari/prima necessità da ordinare e delle coordinate utili alla consegna. L'Assistito sarà quindi informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.

## 5 - Consulenza medica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. L'équipe medica, di cui la Centrale Operativa si avvale, provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

## 6 - Consulenza medica telefonica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

1. *informazione ed orientamento medico telefonico*: quando l'Assicurato necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso;
1. *consulenza telefonica medico specialistica*: quando l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni e non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

## 7 - Guardia Medica Permanente ed Assistenza Domiciliare di Urgenza

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assicurati di ricevere un riscontro

costante attraverso un presidio medico continuativo. Nel caso la guardia medica ravvisi condizioni di gravità e urgenza tali da motivare l'attivazione della visita domiciliare, predisporrà l'effettuazione della stessa. Il costo delle visite domiciliari attivate tramite il servizio di Guardia medica sono a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente al medico specialista.

Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

#### 8 - Invio di un fisioterapista

Se l'Assicurato, a seguito di una malattia o di un infortunio, indipendentemente da ricovero e/o intervento chirurgico, dovesse avere necessità di effettuare cicli di trattamenti fisioterapici anche a domicilio, la Centrale Operativa predisporrà l'effettuazione degli stessi. Il costo dei trattamenti fisioterapici è a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente al fisioterapista. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

#### 9 - Invio di un infermiere a domicilio

Se l'Assicurato, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero, necessita di essere assistito da un infermiere, la Centrale Operativa provvederà al reperimento dello stesso. Il costo delle prestazioni infermieristiche è a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente all'infermiere. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

#### 10 - Invio di un medico generico a domicilio

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Isritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza. Il costo delle visite domiciliari attivate tramite la Centrale Operativa è a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente al medico. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

#### 11 - Rimpatrio Salma

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, sia deceduto, la Centrale Operativa può organizzare e gestire, per il tramite di centri convenzionati che erogano il servizio, il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia. Il contenuto del presente servizio è limitato all'organizzazione del trasporto e del rimpatrio della salma. I costi del trasporto e dell'organizzazione rimarranno a carico degli aventi diritto dell'Assicurato.

#### 12 - Second Opinion - Secondo Parere Medico

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia complementare rispetto alla precedente valutazione medica. Inoltre, con riferimento alle seguenti patologie:

1. Malattie Cardiovascolari
2. Malattie Cerebrovascolari (Ictus)
3. Cecità
4. Sordità
5. Tumori Maligni
6. Insufficienza Renale
7. Trapianto di Organo
8. Sclerosi Multipla
9. Paralisi
10. Malattia di Alzheimer
11. Malattia di Parkinson
12. Gravi Ustioni
13. Coma

l'Assicurato potrà anche avvalersi di una consulenza medica specialistica da parte di alcuni primari Centri di eccellenza internazionali convenzionati con Previmedical attraverso la partnership con due primari provider internazionali (Global Exel e Best Doctors). In ogni caso la Second Opinion internazionale potrà essere attivata anche per tutte quelle patologie che a giudizio del team medico di Previmedical siano

ritenute di rilevante rischio ai fini dello stato di salute dell'Assistito. Il servizio telefonico da telefono fisso e di eventuale traduzione della cartella clinica non comporta costi per l'Assistito.

#### 13 - Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che il trasporto venga organizzato e gestito da parte della Centrale Operativa per il tramite di centri convenzionati che erogano il servizio. Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative. I costi del trasporto verranno fatturati a tariffa agevolata direttamente all'Assicurato.

#### 14 - Tutoring

L'Assicurato può disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

#### **Art. 23 - Modalità per la richiesta di assistenza**

L'Assicurato che necessita delle prestazioni di Assistenza dovrà rivolgersi alla Centrale Operativa di Previmedical che è a disposizione 24 ore su 24, 365 giorni l'anno ai seguenti numeri:

**800.99.17.74 da telefono fisso (numero verde)**  
**199 287164 da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata)**  
**+39 04221744 215 per chiamate dall'estero**

# GLOSSARIO

---

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si incontrano spesso le parole e i termini elencati, ai quali la Compagnia e il Contraente attribuiscono il significato di seguito espresso, che assume pieno valore ai fini dell'interpretazione della normativa contrattuale:

## A

### **Assistenza infermieristica**

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

### **Assicurato**

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

## C

### **Carenza/Termini di aspettativa**

Periodo di tempo durante il quale le prestazioni/garanzie non sono efficaci.

### **Cartella clinica**

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

### **Centro medico**

Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata a trattamenti di natura estetica, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche.

### **Chirurgia bariatrica**

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

### **Compagnia**

PramericaLife S.p.A. società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione

### **Contraente**

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

### **Convalescenza**

Il periodo successivo alla dimissione dall'Istituto di Cura necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.

## D

### **Day Hospital con/senza intervento**

Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, esclusivamente senza pernottamento, che eroga prestazioni chirurgiche eseguite da medici chirurghi specialisti (Day Hospital con intervento) o terapie mediche (Day Hospital senza intervento) con redazione di cartella clinica. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

### **Difetti fisici**

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

### **Documentazione sanitaria e di spesa**

La fotocopia della cartella clinica completa (in caso di Ricovero e Day Hospital), la relazione medica dell'Intervento Chirurgico (in caso di Intervento Ambulatoriale), le prescrizioni ed i referti medici o ogni altra documentazione medica richiesta dalla Compagnia, nonché la documentazione di spesa (originali o fotocopie delle fatture e delle notule, valide ai fini fiscali e quietanzate), integrata dalla descrizione dettagliata

delle prestazioni sanitarie effettuate.

## E

### **Evento**

- Prestazioni Ospedaliere: il singolo ricovero, Day Hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero, Day Hospital o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale.
- Prestazioni Extraospedaliere: l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, prescritti ed inviati contemporaneamente relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

## F

### **Franchigia**

L'importo contrattualmente stabilito che rimane a carico dell'Assicurato per ogni sinistro.

## I

### **Indennizzo**

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

### **Infortunio**

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

### **Intervento chirurgico**

Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

### **Intervento chirurgico ambulatoriale**

L'intervento di piccola chirurgia non in regime di ricovero, effettuato da medico chirurgo presso Istituto di Cura, Centro Medico o Studio Medico Chirurgico.

### **Intramoenia**

Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di Day Hospital o di Ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

### **Istituto di Cura**

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

## M

### **Malattia**

Ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

### **Malattia mentale**

Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

### **Malformazione**

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



**Massimale**

La disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno di copertura. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per persona e per anno di copertura.

**Medicina alternativa o complementare (MAC)**

Talora definita anche "medicina non convenzionale" o "medicina olistica" si riferisce a un vasto insieme di pratiche sanitarie che non fanno parte della tradizione di un dato Paese e che non sono integrate nel sistema sanitario dominante.

---

**N****Nucleo familiare**

L'Assicurato che sottoscrive il certificato quale capo nucleo, il coniuge in alternativa il convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, conviventi e non dell'Assicurato Capo-nucleo e del/la convivente more uxorio.

---

**O****Opzione Assicurativa**

Il documento che forma parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione, nel quale sono indicati i dati principali relativi alle coperture prestate prescelte dall'Assicurato.

---

**P****Patologia preesistente**

Alterazione dello stato di salute conosciuta e/o diagnosticata o insorta – secondo giudizio medico – prima dell'effetto della copertura assicurativa del singolo Assicurato.

**Polizza**

Il documento contrattuale, sottoscritto dalle Parti, che prova l'assicurazione.

**Premio**

La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

**Previmedical S.p.A**

La Compagnia di Servizi che gestisce il servizio di assistenza agli Assicurati e provvede, per conto della Compagnia, al pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al rimborso agli Assicurati.

Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

---

**Q****Questionario Sanitario**

Il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. Il documento deve essere compilato prima di stipulare il contratto assicurativo e sottoscritto dall'Assicurato stesso o da chi ne esercita la potestà e costituisce parte integrante della polizza.

---

**R****Rette di degenza**

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

**Ricovero**

Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

**Rimborso**

Somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato in caso di sinistro.

---

**S****Scoperto**

La parte delle spese sostenute, determinate in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

**Sinistro**

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

**Struttura Operativa**

Parte della struttura organizzativa Previmedical, che provvede a fornire assistenza telefonica all'Assicurato e provvede alla gestione dei sinistri relativi alle garanzie di cui alla presente polizza.

**Struttura organizzativa**

Il complesso di responsabili, personale, sistemi informativi, attrezzature ed ogni presidio o dotazione, centralizzato o meno, attraverso cui la Compagnia fornisce l'erogazione delle prestazioni di assistenza, previste nel contratto, su richiesta dell'Assicurato.

**Strutture Sanitarie e Medici convenzionati (Network Sanitario)**

Rete convenzionata con Previmedical costituita da Ospedali ed Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse.

**T****Trattamenti fisioterapici e riabilitativi**

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate e fatturate esclusivamente presso Istituti di Cura, Centri Medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

**V****Visita specialistica**

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



# Pramerica

[www.pramericagroup.it](http://www.pramericagroup.it)

Pramerica Life S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale

Piazza della Repubblica, 14 - 20124 Milano

Tel. 0272258.1 - Fax 0272003580

PEC: [pramerica@legalmail.it](mailto:pramerica@legalmail.it)

Capitale Sociale € 12.500.000 i.v.

Partita IVA 10528800963

Codice fiscale e n. di iscrizione Registro imprese di Milano 02653150108

Iscritta all'Albo imprese di Assicurazione al n. 1.00086

Capogruppo del Gruppo Assicurativo Pramerica, iscritto all'Albo Gruppo Assicurativo al n. 017.

Una Società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial Inc. USA - Socio Unico Prudential Financial Inc. USA non è affiliata con Prudential Plc. che ha sede nel Regno Unito.