

POLIZZA UNICA BNL

Modello SNFBNL1117 - Edizione 06/2018

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- Nota Informativa
- Glossario
- Condizioni di Assicurazione comprensive dell'Informativa privacy

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Polizza

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

FASCICOLO INFORMATIVO



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Indice

Nota Informativa	1 di 6
Glossario	1 di 5
Condizioni di Assicurazione	1 di 37
La Polizza in sintesi	2 di 37
Norme Generali che regolano l'Assicurazione	10 di 37
Norme Particolari	10 di 37
SEZIONE I – Spese Mediche	13 di 37
SEZIONE II – Clinica Privata	17 di 37
SEZIONE III – Indennità	18 di 37
Norme comuni relative all'operatività delle SEZIONI - I Spese Mediche – II Clinica Privata – III Indennità	20 di 37
SEZIONE IV - Infortuni	24 di 37
SEZIONE V – Dental	27 di 37
SEZIONE VI – Assistenza	32 di 37
Norme Relative ai Sinistri	32 di 37
Norme generali sui Sinistri	32 di 37
Norme sui Sinistri delle SEZIONI I - Spese Mediche – II Clinica Privata – V Dental	36 di 37
Norme sui Sinistri della SEZIONE III - Indennità	37 di 37
Norme sui Sinistri della SEZIONE IV - Dental	37 di 37
Norme sui Sinistri della SEZIONE VI - Assistenza	37 di 37
Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento della polizza UNICA BNL	1 di 20
Tabella di Variazione del premio relativo alle Garanzie I - Spese Mediche e II - Clinica Privata della Polizza UNICA BNL	
ALLEGATO 1	
ALLEGATO 2	
ALLEGATO 3	



La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS medesimo. Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

Troverà sul sito www.bnpparibascardif.it le modifiche al Fascicolo Informativo che non derivano da innovazioni normative.

A - INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali

Cardif Assurances Risques Divers S.A., che ha la sede sociale in Boulevard Haussmann, 1, 75009 Parigi (Francia). La Rappresentanza Generale per l'Italia, soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif, opera in Italia in regime di stabilimento ed è sottoposta alla vigilanza dell'Autorità francese ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

- Sede Legale: Piazza Lina Bo Bardi, 3 20124 Milano - Italia
- P. IVA, CF e Registro Imprese di Milano: 08916500153
- REA: 1254536
- Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: I.00011
- PEC: cardifrd@pec.cardif.it
- Telefono: 02 772241
- Sito web: www.bnpparibascardif.it.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Cardif Assurances Risques Divers S.A. ha un Patrimonio Netto pari a 308,949 Milioni di Euro di cui 16,876 Milioni di Euro è il Capitale Sociale e 292,073 Milioni di Euro è il totale delle Riserve Patrimoniali.

Avvertenza:

i dati patrimoniali di cui sopra sono quelli risultanti alla data dell'ultimo aumento di Capitale Sociale.

B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si precisa che il contratto è stipulato con clausola di tacito rinnovo.

Avvertenza:

In mancanza di disdetta, l'Assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno. L'eventuale disdetta della Polizza da parte del Contraente deve essere comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale del contratto a Cardif ai recapiti e con le modalità previste al § 1.22 Forma delle comunicazioni. Allo stesso modo Cardif potrà esercitare il proprio diritto di disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R da inviarsi nei medesimi termini sopra descritti all'indirizzo indicato dal Contraente sul Modulo di Polizza (o ad altro diverso indirizzo da quest'ultimo comunicato a Cardif nel corso del contratto assicurativo).

3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni

Le seguenti garanzie, operanti in caso di Infortunio e/o Malattia avvenuti durante l'operatività del contratto, sono offerte con le modalità e le esclusioni meglio specificate nelle Norme Particolari delle Condizioni di Assicurazione:

A) SPESE MEDICHE

Cardif provvede al pagamento o alla presa a carico delle spese mediche in caso di Malattia, Infortunio o parto. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al § 2.1 delle Norme Particolari delle Condizioni di Assicurazione.

B) CLINICA PRIVATA

Cardif provvede al pagamento o alla presa a carico delle spese mediche in caso di Malattia, Infortunio o parto. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al § 3.1 delle Norme Particolari delle Condizioni di Assicurazione.

C) INDENNITA'

Cardif assicura, in caso di Intervento Chirurgico, Day Surgery, Intervento chirurgico ambulatoriale, reso necessario da Infortunio, Malattia e parto cesareo, il pagamento di un Indennizzo prestabilito in misura fissa e forfettaria secondo la natura dell'Intervento chirurgico o la patologia o la procedura chirurgica. L'elenco degli Interventi chirurgici garantiti dalla presente Polizza e la loro classe di appartenenza è riportato nell'Allegato 1 del Fascicolo Informativo. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al § 4.1 delle Norme Particolari delle Condizioni di Assicurazione.

CARDIF ASSURANCE RISQUES DIVERS

Rappresentanza generale per l'Italia: Piazza Lina Bo Bardi 3 - 20124 Milano - Tel. +39 02 77 22 41 - Fax +39 02 76 00 81 49 - PEC cardifrd@pec.cardif.it - www.bnpparibascardif.it
Société Anonyme - Capitale Sociale € 16.875.840 i.v. - Sede sociale: 1, boulevard Haussman - 75009 Parigi - Francia - Registro commercio Parigi B 308 896 547
Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989 - P.I., C.F. e numero iscrizione del Registro delle Imprese di Milano 08916500153 - R.E.A. n°1254536



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

D) INFORTUNI

Cardif riconosce all'Assicurato un Indennizzo in caso di Invalidità Permanente, Ricovero, Convalescenza e Gessatura, che sia conseguenza diretta, esclusiva ed obiettivamente constatabile di un Infortunio occorso allo stesso nello svolgimento di Attività Professionali o Extraprofessionali. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al § 6.1 delle Norme Particolari delle Condizioni di Assicurazione.

E) DENTAL

Cardif, provvede al pagamento o alla presa a carico delle spese sostenute per Prestazioni di Emergenza odontoiatrica e di Prevenzione odontoiatrica. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al § 7.1 delle Norme Particolari delle Condizioni di Assicurazioni.

F) ASSISTENZA

Cardif, mette a disposizione dell'Assicurato una serie di Prestazioni di Assistenza che consistono in un aiuto immediato in situazioni di particolare difficoltà. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al § 8.1 delle Norme Particolari delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza:

Il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative offerte nonché condizioni di sospensione delle garanzie offerte (per gli aspetti di dettaglio si rinvia al § 1.11 Pagamento del Premio) che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo spettante. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda alla lettura delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza:

Il contratto prevede specifici criteri per la determinazione dell'indennizzo spettante comprensivi di Franchigie e Massimali. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda alla lettura delle Condizioni di Assicurazione.

Per facilitare la comprensione si riportano qui di seguito alcune esemplificazioni numeriche del meccanismo di funzionamento del Massimale per Anno Assicurativo:

Esempio 1:

Massimale: € 2.500,00

Massimale già liquidato nell'Anno Assicurativo per altri Sinistri per la medesima Prestazione: € 0,00

Richiesta di rimborso: € 3.000,00

Indennizzo: € 2.500,00.

Esempio 2:

Massimale: € 2.500,00

Importo già liquidato nell'Anno Assicurativo per altri Sinistri per la medesima Prestazione:

€ 1.000,00

Richiesta di rimborso: € 2.000,00

Indennizzo: € 1.500,00

Esempio 3: Applicazione dello Scoperto in caso di Struttura non convenzionata (pagamento in forma rimborsuale) Ammontare delle spese: €

7.000,00 Scoperto pari al 20% con un minimo di

€ 1.000: € 1.400,00

Rimborso: € 7.000,00 - € 1.400,00 = € 5.600,00

Esempio 4: Applicazione della Franchigia in caso di Struttura convenzionata (pagamento in forma diretta)

Costo del Sinistro: € 6.000,00 di spese per intervento

Ammontare delle spese a carico della Struttura convenzionata: € 5.800,00

Ammontare delle spese a carico dell'Assicurato: Franchigia di € 200,00

Relativamente alle garanzie A) "SPESE MEDICHE", B) "CLINICA PRIVATA" ed E) "DENTAL", l'Assicurato, per usufruire delle Prestazioni sanitarie, può scegliere fra le seguenti modalità operative:

• Pagamento in forma diretta

• Pagamento in forma rimborsuale.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai § 9.6 e 9.7 delle Norme sui Sinistri delle Sezioni I Spese Mediche - II Clinica Privata - V Dental.

Avvertenza:

Le suddette coperture sono prestate in favore di soggetti assicurabili sino a determinati limiti di età. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al § 1.5 delle Norme Generali.

Avvertenza:

E' importante che il Contraente e l'Assicurato leggano con estrema attenzione e comprendano: - le condizioni che devono sussistere al momento della sottoscrizione e che devono permanere durante l'Assicurazione di cui ai § 1.7 e 1.8 delle Norme Generali;

- le conseguenze per l'eventuale venir meno delle condizioni di cui sopra e del Diritto di recesso di Cardif, di cui al § 1.20.2 delle Norme Generali.



4. Termini di di carenza contrattuale

Avvertenza:

Sono previsti Termini di carenza. Per gli aspetti di dettaglio riguardante il periodo di non efficacia delle coperture assicurative, si rimanda al § 5.2 delle Norme comuni relative all'operatività delle SEZIONI I Spese Mediche - II Clinica Privata - III Indennità.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario

Avvertenza:

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni del contratto, nonché, in caso di dolo o colpa grave, la cessazione dell'Assicurazione stessa.

In particolare, per la sottoscrizione delle seguenti garanzie:

A) SPESE MEDICHE

B) CLINICA PRIVATA

C) INDENNITA'

è richiesto l'accertamento dello stato di salute dell' Assicurando; è pertanto necessario che l'Assicurando stesso compili il Questionario sanitario e che risponda in maniera precisa e veritiera alle domande in esso previste. Il fatto che l'Assicurato rilasci dichiarazioni false o reticenti può comportare gravi conseguenze, ivi compreso il recesso da parte di Cardif o la mancata corresponsione della Prestazione assicurativa.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al § 1.14 delle Norme Generali.

Avvertenza:

Il contratto non prevede particolari casi di nullità se non quelli previsti dalla Legge.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta a Cardif di ogni aggravamento o diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da Cardif possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

L'Assicurato potrà altresì dare informazione scritta a Cardif di ogni diminuzione del rischio.

Per le conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione si rinvia al § 1.14 delle Norme Generali.

7. Premi

Il versamento del Premio verrà effettuato tramite addebito sul conto corrente intrattenuto presso la Banca Nazionale del Lavoro. Il Premio è annuale con possibilità di frazionamento mensile senza alcun onere di rateizzazione. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al § 1.11 delle Norme Generali.

Avvertenza:

La Polizza ammette l'applicazione di sconti. A tal proposito si rimanda al §1.15 delle Norme Generali.

8. Adeguamento del Premio e somme assicurate

Cardif, si riserva il diritto di adeguare l'importo del Premio dell'Assicurazione per giustificato motivo e, segnatamente, qualora venga accertato l'andamento tecnico negativo del prodotto assicurativo in esito alla valutazione dei dati statistici di riferimento. Le variazioni di Premio potranno essere applicate solo in relazione agli Anni Assicurativi successivi al primo. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda al § 1.13 delle Norme Generali.

9. Diritto di recesso

Avvertenza:

Il Contraente ha la facoltà di recedere entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza del contratto. Per i dettagli e le limitazioni relative all'esercizio del diritto di recesso si rinvia al § 1.20.1 delle Norme Generali.

Cardif può recedere dal contratto se, dopo l'accesso in copertura il Contraente oppure il suo Titolare Effettivo qualora sia una Persona Giuridica e gli Assicurati entrano a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov). Per i dettagli e le limitazioni relative all'esercizio del diritto di recesso si rinvia alle Norme Generali al § 1.20.2.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952, comma 2, del Codice Civile).

11. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.



12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della Polizza. Il contratto è soggetto alla normativa fiscale italiana, che per le coperture assicurative di questa Assicurazione prevede sui Premi pagati un'imposta del:

- 2,5 %, del Premio imponibile per le garanzie appartenenti al Ramo Infortuni e Malattia: A) "SPESE MEDICHE", B) "CLINICA PRIVATA", C) "INDENNITA' ", D) "INFORTUNI", E) "DENTAL";
- 10 % del Premio imponibile per la garanzia F) "ASSISTENZA".

Per la sola garanzia D) "INDENNITA'" è prevista una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura del 19 % dei Premi versati entro i limiti previsti dalla normativa vigente. La detrazione è riconosciuta al Contraente nei limiti anzidetti.

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo

Avvertenza:

Per la Sezione I - "Spese Mediche", Sezione II - "Clinica Privata", Sezione III - "Indennità", Sezione IV - "Infortuni" e Sezione V - "Dental", l'individuazione del momento di insorgenza del Sinistro coincide con l'Evento previsto in Polizza che determina la richiesta di rimborso/liquidazione; la denuncia deve essere fatta, entro e non oltre sessanta giorni dal verificarsi del Sinistro, con le seguenti modalità:

- **telefonticamente chiamando il numero verde 800 900 515 (dall'Italia) oppure +39 02 7722 4551 (dall'estero);**

- **tramite l' App per smartphone "UNICA BNL".**

Per la Sezione VI - "Assistenza", l'individuazione del momento di insorgenza del Sinistro coincide con l'Evento previsto in Polizza che determina la richiesta di assistenza; l'Assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Struttura Organizzativa di Assistenza, salvo il caso di oggettiva e comprovata impossibilità; in tal caso l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa di Assistenza appena ne ha la possibilità e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia alle Norme relative ai Sinistri.

13.1 Denuncia di un Sinistro relativo alle

Garanzie I - SPESE MEDICHE, II - CLINICA PRIVATA, III - INDENNITA', IV - INFORTUNI e V - DENTAL

Cardif ha delegato la gestione dei Sinistri relativi alle garanzie:

a) I - SPESE MEDICHE, II - CLINICA PRIVATA, III - INDENNITA', IV - INFORTUNI a My Assistance

S.r.l. (di seguito "Struttura Operativa") sita in Via Delle Tuberose, 14 - 20146 Milano, specializzata nelle assicurazioni sanitarie; il sito internet è www.myassistance.it;

b) V - DENTAL a Sigma Dental Europe AG (di seguito "Struttura Operativa") sita in Via Valdani, 1 - 6830 Chiasso - Svizzera. Il sito internet è www.sigmadental.it.

Cardif si avvale della Struttura Operativa in virtù di specifico mandato, per la valutazione, gestione e liquidazione dei Sinistri, nonché per le attività accessorie ed i servizi relativi (a titolo indicativo e non esaustivo: assistenza burocratica, informazioni, prenotazione, presa in carico, autorizzazioni al medico e/o struttura convenzionata, invio/ricezione comunicazioni relative ai Sinistri e alle coperture, pagamento delle Prestazioni). Nello svolgimento del suo mandato, la Struttura Operativa utilizzerà il call center, i sistemi informatici e le strutture proprie, operando per conto di Cardif.

Prestazioni nelle strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati

L'Assicurato deve preventivamente contattare la Struttura Operativa per prenotare la Prestazione presso una struttura sanitaria convenzionata. Per i dettagli si rinvia al § 9.6 delle Norme relativi ai Sinistri.

Avvertenza:

L'Assicurato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati sia di My Assistance che di Sigma Dental consultando l'apposita sezione:

- **per le Sezioni I - "Spese Mediche", II - "Clinica Privata", III - "Indennità", IV - "Infortuni" all'interno dell'Area Clienti del sito www.myassistance.it;**
- **per la Sezione V - "Dental" al sito www.sigmadental.it;**
- **all'interno dell' App per smartphone "UNICA BNL".**

Per le modalità e i termini riferiti all'attivazione del servizio di denuncia del Sinistro, si rinvia al § 9.1 delle Norme relativi ai Sinistri.

Qualora siano erogati servizi non previsti dall'Assicurazione e/o non autorizzati da Cardif, l'Assicurato provvederà al pagamento degli stessi direttamente alla struttura convenzionata.



COME FARE UN RECLAMO



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Prestazioni in strutture NON convenzionate con la Struttura Operativa ed effettuate da medici non convenzionati

Il modulo di denuncia di Sinistro/rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta a Cardif, unitamente a copia della documentazione medica e di spesa indicata nelle Condizioni di Assicurazione, all'indirizzo:

Cardif c/o My Assistance Srl

Via Delle Tuberose, 14

20146 Milano

e-mail: sinistri.cardif@myassistance.it

Fax: 02 87181975

E' possibile, inoltre, richiedere un rimborso, anche tramite l'apposita funzione di richiesta rimborso dell' App per smartphone "UNICA BNL".

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al § 9.7 delle Norme relativi ai Sinistri.

13.2 Richiesta di Assistenza relativa alla Garanzia "VI - ASSISTENZA"

Cardif si avvale della **Struttura Organizzativa di Assistenza di IMA Servizi S.c.a.r.l.**, appartenente al gruppo IMA Italia Assistance S.p.A., con Sede legale e operativa in Piazza Indro Montanelli 20 - 20099 Sesto San Giovanni (MI). Cardif si avvale della Struttura Organizzativa di Assistenza per organizzare ed erogare le Prestazioni relative alla garanzia Assistenza entro i limiti previsti in Polizza. L'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa telefonando al numero verde disponibile 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno:

800 900 515 (dall'Italia)
+39 02 7722 4551 (dall'estero)

14. Reclami

Reclami a Cardif

Il reclamo che riguarda il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa Compagnia di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto della copertura assicurativa o sulla gestione dei Sinistri) deve essere inviato a mezzo e-mail, posta o fax all'Ufficio Reclami di Cardif Assurances Risques Divers S.A.:

Cardif - Ufficio Reclami

Piazza Lina Bo Bardi, 3 - 20124 Milano

e-mail: reclami@cardif.com

fax: 02 7722 4265

La Compagnia si impegna a rispondere entro 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo. Se non lo facesse o se la risposta non fosse soddisfacente, è possibile rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale

risposta della Compagnia.

Reclami all'intermediario assicurativo

Il reclamo che riguarda il comportamento dell'intermediario assicurativo o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), deve essere inviato per iscritto a quest'ultimo con le modalità indicate nell'allegato 7B, documento che viene consegnato a cura del medesimo intermediario assicurativo.

L'intermediario si impegna a rispondere entro 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo. Se non lo facesse o se la risposta non fosse soddisfacente, è possibile rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta dell'intermediario.

Reclami all'IVASS

Il reclamo che riguarda l'accertamento del rispetto della normativa di settore deve essere inviato, a mezzo PEC, posta o fax, all'IVASS:

IVASS - Servizio tutela del consumatore

Via del Quirinale 21 - 00187 Roma

ivass@pec.ivass.it

fax: 06 4213 3206

Per la stesura del reclamo presentato all'IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul sito della Compagnia www.bnpparibascardif.it, nella sezione dedicata ai reclami.

Il reclamo deve indicare con chiarezza:

- il nome, cognome e indirizzo dell'Assicurato
- la Compagnia, l'intermediario o i soggetti nei confronti dei quali si presenta il reclamo
- i motivi del reclamo e la documentazione a supporto.

È possibile, in ogni caso, chiedere una mediazione (come da procedura disciplinata dal Decreto Legislativo n° 28 del 4 marzo 2010) e adire l'Autorità Giudiziaria.

Se il reclamo è nei confronti di una compagnia assicurativa che ha sede in un altro Paese Ue e il reclamante risiede in Italia, è possibile presentare il reclamo a:

- L'autorità di vigilanza o al sistema competente dello stato membro in cui ha sede legale la compagnia che ha stipulato il contratto (reperibile su: www.ec.europa.eu/fin-net);
- L'IVASS, che lo inoltrerà all'Autorità estera informando l'Assicurato per conoscenza.

L'autorità di vigilanza del Paese di Cardif Assurances Risques Divers è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) a cui è possibile inviare il reclamo seguendo le indicazioni del sito: <http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacp.html>



15. Mediazione per la conciliazione delle controversie

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali", il tentativo di mediazione è obbligatorio e deve pertanto essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa. La domanda di mediazione deve essere presentata mediante deposito di un'istanza presso un Organismo di Mediazione situato nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia e iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia.

In tal caso, il Contraente dovrà far pervenire la richiesta di mediazione (con l'indicazione dell'Organismo, delle Parti, dell'oggetto e delle ragioni della pretesa), depositata presso uno di tali Organismi, alla sede legale di Cardif - Piazza Lina Bardi 3, 20124 Milano, PEC: cardifrd@pec.cardif.it.

Per le controversie relative al presente contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del Contraente, del Beneficiario o degli aventi diritto.

Avvertenza:

resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

16. Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici. I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico ed è esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da 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.

Avvertenza:

resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Si rinvia alla sezione "GLOSSARIO" per gli aspetti riguardanti la terminologia usata.

Cardif Assurances Risques Divers è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS
Cardif Assurances Risques Divers
Il Rappresentante Generale per l'Italia
Isabella Fumagalli



Abitazione

Luogo, nel territorio italiano, presso il quale l'Assicurato dimora o presso cui, comunicandone il relativo indirizzo alla Struttura Organizzativa, può richiedere le Prestazioni di Assistenza.

Aborto spontaneo

Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali.

Aborto terapeutico

Interruzione volontaria di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, al fine di preservare la salute della gestante o per evitare lo sviluppo del feto affetto da gravi malformazioni/ patologie.

Anno Assicurativo

Periodo continuativo di 12 mesi in cui l'Assicurazione è efficace, il primo dei quali inizia alle ore 24 dalla Data di Decorrenza.

Assicurato

Persona fisica il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurato Principale

L'Assicurato più anziano tra gli assicurati inclusi in copertura.

Assicurato Aggiuntivo

Persone fisiche incluse in copertura e facenti parte del medesimo Nucleo Familiare dell'Assicurato Principale.

Assicurazione

Il contratto con il quale Cardif presta le coperture assicurative disciplinate nelle Condizioni di Assicurazione.

Assistenza

L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito, per il tramite della Struttura Organizzativa, all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Attività professionale

Attività lavorativa, continuativa, ricorrente o abituale, dell'Assicurato, tramite la quale quest'ultimo produce un reddito o percepisce una retribuzione.

Attività extraprofessionale

Qualunque attività svolta dall'Assicurato non avente carattere di professionalità.

Atto di terrorismo

Un atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscano da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte.

Assistenza infermieristica

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

Attività sportiva professionale

Attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione delle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Beneficiario

Il soggetto che ha diritto alla Prestazione.

Cardif (o anche Compagnia)

CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS, Rappresentanza Generale per l'Italia, società soggetta a Direzione e coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif.

- Sede legale: Piazza Lina Bo Bardi 3 - 20124 Milano
- Capitale sociale: 16,876 Milioni di euro
- P. IVA, CF e iscrizione al Reg. Imprese di Milano: 08916510153
- REA: 1254536
- PEC: cardifrd@pec.cardif.it
- Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: I.00011
- Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M.del 27.02.1989

Cartella clinica

Documento redatto sotto la responsabilità della Direzione Sanitaria durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenete le generalità del paziente, diagnosi, anamnesi patologia prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami effettuati 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 autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche.

Centro odontoiatrico

Struttura odontoiatrica composta da uno o più medici odontoiatri professionisti, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie odontoiatriche.

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).

Condizione di Assicurazione

L'insieme delle clausole che disciplinano l'Assicurazione.

Contraente

Persona fisica o giuridica titolare e/o cointestatario di un conto corrente intrattenuto presso la Banca Nazionale del Lavoro, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento del Premio alla Compagnia tramite addebito sul conto medesimo.

Convalescenza

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

Data di Decorrenza

La data indicata sul Modulo di Polizza dalla quale le coperture sono efficaci.

Day Hospital

Ricovero senza pernottamento con redazione di Cartella Clinica. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il pronto soccorso. Include il caso di Day Surgery, intendendosi per tale il Day Hospital con Intervento chirurgico.

Dentista

Il medico odontoiatra abilitato all'esercizio della professione in Italia e, se all'estero, il medico odontoiatra iscritto presso il competente ordine professionale.

Diaria

L'importo erogato dalla Compagnia per ogni giorno di ricovero, convalescenza o gessatura a seguito d'infortunio.

Difetto fisico

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 Società, 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.

Emergenza odontoiatrica

Cure o prestazioni odontoiatriche urgenti coperti dalla presente assicurazione derivanti da evento imprevisto o improvviso. Tali eventi sono esclusivamente da riferirsi ad infezioni, ascessi, carie, pulpite, infiammazioni o emorragie.

Evento

Accadimento che può comportare la denuncia di uno o più sinistri correlati. Più precisamente:

- **per le Prestazioni ospedaliere:** il singolo Ricovero, il singolo Day Hospital o Intervento chirurgico ambulatoriale. La data dell'Evento è quella in cui si è iniziato il Ricovero o il Day Hospital o in cui è stato effettuato l'Intervento chirurgico ambulatoriale;
- **per le Prestazioni extraospedaliere:** l'insieme di tutte le prestazioni sanitarie riguardanti una specifica Malattia, o uno specifico Infortunio o parto denunciate con lo stesso invio a Cardif e relativi alla stessa Prestazione. La data dell'Evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata;
- **per la Sezione IV - Infortuni,** la data dell'Infortunio;
- **per le Prestazioni Dental,** la data della prestazione erogata.

Fascicolo Informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composta da: Nota Informativa comprensiva di Glossario, Condizioni di Assicurazione comprensive dell'Informativa Privacy.

Franchigia

L'importo contrattualmente stabilito in forma fissa che rimane a carico dell'Assicurato per ogni Evento.



Gessatura

L'apparechiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico.

Indennità giornaliera

Indennizzo forfettario giornaliero corrisposto all'Assicurato sia in caso di ricovero in regime SSN che privato.

Indennizzo (o anche Indennità o Prestazione)

L'importo liquidabile da Cardif in base alle Condizioni di Assicurazione in caso di Sinistro.

Per la sola Sezione VI - Assistenza, la Prestazione consiste nell'Assistenza fornita all'Assicurato, tramite la Struttura Organizzativa.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, anche se causato da colpa grave dell'Assicurato.

Intervento chirurgico

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

Intervento chirurgico ambulatoriale

Intervento chirurgico, non in regime di Ricovero o Day Hospital, effettuato da medico chirurgo presso un Istituto di Cura, Centro medico o studio medico chirurgico e che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-Intervento.

Intervento chirurgico concomitante

Qualsiasi Intervento chirurgico effettuato nella medesima sessione di un Intervento chirurgico principale.

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).

Invaldità permanente (o IP)

La perdita o la diminuzione, definitiva e irrimediabile, da parte dell'Assicurato, della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

Istituto di cura

Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in regime di Ricovero, anche diurno (Day Hospital). Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità estetiche o dietologiche, quelle per Convalescenza o Lungodegenza o soggiorno, i centri benessere.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

Lesione

Alterazione dello stato fisico quando è generata da energia meccanica e configura un trauma nell'organismo.

Lungodegenza

Ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in Istituti di Cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Malformazione

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

Malattia

Alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia improvvisa

Si intende una malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e non sia una manifestazione di un precedente morbo dell'Assicurato.

Malattia manifestata

Malattia comunque conosciuta all'Assicurato: curata, in corso di trattamento e/o diagnosticata, cioè che ha dato origine a esami e diagnosi.



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 9ª revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

Malattia preesistente

Malattia conosciuta e/o diagnosticata o insorta secondo giudizio medico prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

Massimale

Il massimo importo, per Sinistro e per Anno Assicurativo, fino alla cui concorrenza Cardif si impegna a tenere indenne ogni singolo Assicurato.

Medicina alternativa o complementare (MAC)

Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Modulo di Polizza

Documento predisposto dalla Compagnia da sottoscrivere a cura del Contraente ai fini del perfezionamento dell'Assicurazione.

Nucleo familiare

Persone fisiche facenti parte del medesimo Stato di Famiglia dell'Assicurato Principale e che rispetto a quest'ultimo siano il coniuge, l'unito civilmente, il convivente di fatto o i relativi figli di ciascuno di essi.

Pagamento in forma diretta

Modalità di erogazione della Prestazione da parte di Cardif, che presuppone l'utilizzo da parte dell'Assicurato del Network Sanitario o Dentistico Convenzionato e l'autorizzazione da parte della relativa Struttura Operativa, con conseguente accollo diretto dei costi delle Prestazioni entro i Massimali assicurati, senza anticipo da parte dell'Assicurato stesso. L'Assicurato sarà tenuto a pagare esclusivamente eventuali Franchigie, Scoperti o somme eccedenti i Massimali assicurati. La forma diretta si ha quando sia l'Istituto di Cura e l'equipe medica sono convenzionati.

Pagamento in forma rimborsuale

Modalità di erogazione della Prestazione da parte di Cardif con rimborso all'Assicurato delle spese sostenute, entro i Massimali assicurati.

Parti

Contraente, Assicurato e Cardif.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione.

Presa in carico

Atto effettuato dalla Struttura Operativa di avvio della procedura di pagamento diretto, in nome e per conto dell'Assicurato, delle spese indennizzabili per prestazioni effettuate presso Centri di cura convenzionati.

Premio

La somma dovuta a Cardif per la copertura assicurativa prestata.

Prevenzione odontoiatrica

Una serie di misure o azioni destinate a promuovere la salute orale che implicano procedure o servizi coperti dalla presente assicurazione, indicate al fine di evitare la formazione di carie dentarie o malattie periodontali.

Questionario sanitario (per le Sezione I - Spese Mediche, II - Clinica Privata, III - Indennità)

Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato sulla base delle dichiarazioni fornite dallo stesso, facente parte integrante della Polizza.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, certificato da Cartella Clinica e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

Ricovero Improprio

La degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Scoperto

La parte delle spese sostenute, determinate in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni Evento. In presenza di un Massimale, l'applicazione dello Scoperto avverrà sull'importo della spesa e successivamente, sulla parte rimanente, si applicherà il Massimale.

Sforzo

Dispiego improvviso, anomalo e non comune, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale ed inaspettato.



Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'Assicurazione. Per la sola Sezione VI - Assistenza, è il verificarsi dello stato di necessità per cui è prestata l'Assicurazione.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Servizio Clienti

Struttura di riferimento a cui l'Assicurato può rivolgersi per l'apertura e la gestione del Sinistro relativo alle garanzie delle Sezioni I - Spese Mediche, II - Clinica Privata, III - Indennità, IV- Infortuni, V - Dental e VI - Assistenza.

Struttura Operativa

Struttura che fornisce assistenza telefonica all'Assicurato e provvede alla gestione dei sinistri relativi alle garanzie della presente Polizza, diversi da Assistenza. In relazione alle garanzie, la struttura, che opera per conto di Cardif è:

- My Assistance s.r.l. - Via Delle Tuberose, 14 - 20146 Milano, relativamente alle garanzie delle Sezioni I - Spese Mediche, II - Clinica Privata, III - Indennità, IV- Infortuni;
- Sigma Dental Europe AG - Via Valdani, 1 - 6830 Chiasso - Svizzera, relativamente alle garanzie della Sezione V - Dental.

Struttura Organizzativa di Assistenza

La Struttura Organizzativa di Assistenza, ossia la struttura di IMA Servizi S.c.a.r.l., appartenente al gruppo IMA Italia Assistance S.p.A., con Sede legale e operativa in Piazza Indro Montanelli 20 - 20099 Sesto San Giovanni (MI) costituita da medici, tecnici e operatori specializzati, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, di cui Cardif si avvale per organizzare e erogare le Prestazioni relative alla garanzia Sezione VI - Assistenza entro i limiti previsti in Polizza.

Strutture sanitarie e medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato)

Rete convenzionata costituita da Istituti di Cura, Centri medici, medici specialisti, Centri odontoiatrici, medici odontoiatrici, nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle Prestazioni in regime di Pagamento in forma diretta. In relazione alle garanzie, la struttura, che ha operato il convenzionamento per conto di Cardif è:

- My Assistance s.r.l. - Via Delle Tuberose, 14 - 20146 Milano, relativamente alle garanzie delle Sezioni I - Spese Mediche, II - Clinica Privata, III - Indennità, IV - Infortuni;
- Sigma Dental Europe AG - Via Valdani, 1 - 6830 Chiasso - Svizzera, relativamente alle garanzie della Sezione V - Dental.

Surgical cash

Indennità per interventi chirurgici resi necessari da malattia o infortunio.

Termini di carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale l'efficacia delle coperture assicurative è sospesa. Qualora l'Evento assicurativo avvenga in tale periodo Cardif non garantisce la Prestazione assicurata.

Titolare effettivo

La persona o le persone fisiche che possiedono o esercitano il controllo diretto o indiretto della società, quando Contraente è una persona giuridica.

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista in possesso di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, 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.

Visita specialistica

Prestazione sanitaria effettuata da medico in possesso di specializzazione. Nell'onorario medico sono incluse le prestazioni specialistiche (procedure mediche, diagnostiche, terapeutiche) effettuate durante la Visita specialistica, ad eccezione dei Trattamenti fisioterapici e riabilitativi.



Condizioni di Assicurazione

La Polizza in sintesi

UNICA BNL è la soluzione assicurativa in grado di rispondere alle esigenze di tutela della salute di tutta la famiglia in caso di Infortunio e Malattia. La Polizza, nei limiti ed alle condizioni previste nelle Condizioni di Assicurazione, consente all'Assicurato di ottenere il rimborso delle spese sostenute per prestazioni mediche e dentarie nonché Indennità per prestazioni sanitarie che non hanno comportato esborso, per Interventi chirurgici o Infortunio, oltre ad una serie di Prestazioni di Assistenza. Inoltre, permette all'Assicurato di affidarsi ad una rete convenzionata di Istituti di Cura, Centri medici e Centri odontoiatrici, nonché di medici specialisti, medici odontoiatrici e professionisti medici che esercitano nell'ambito delle predette strutture, per usufruire delle prestazioni sanitarie necessarie senza anticipo di denaro, previo contatto con Cardif e relativa autorizzazione. In questo caso, le spese sono rimborsate direttamente da Cardif al Network Sanitario Convenzionato.

La Polizza UNICA BNL offre la possibilità di attivare, al momento della sottoscrizione o successivamente, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, tutte od alcune delle garanzie di seguito indicate.

1. "SPESE MEDICHE"

La garanzia consente all'Assicurato di ottenere, per le prestazioni mediche e specialistiche di cui ha usufruito, il rimborso delle spese sostenute oppure il pagamento di una Indennità giornaliera. L'Assicurato può optare per il Pagamento in forma diretta o per il Pagamento in forma rimborsuale per le Prestazioni extraospedaliere. (> Norme Particolari - Sezione I - Spese Mediche).

2. "CLINICA PRIVATA"

La garanzia consente all'Assicurato di ottenere il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni mediche e sanitarie di cui ha usufruito privatamente. L'Assicurato può optare per il Pagamento in forma diretta o per il Pagamento in forma rimborsuale. (> Norme Particolari - Sezione II - Clinica Privata).

3. "INDENNITÀ"

La garanzia consente all'Assicurato di ricevere una Indennità qualora sia stato sottoposto ad un intervento chirurgico incluso tra quelli elencati nelle Condizioni di Assicurazione (Allegato 1 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi"). (> Norme Particolari - Sezione III - Indennità).

4. "INFORTUNI"

La garanzia consente all'Assicurato di ricevere una Indennità in caso di un Infortunio dal quale abbia riportato una Invalidità Permanente, nonché una diaria per l'ipotesi di Ricovero, Convalescenza o Gessatura. (> Norme Particolari - Sezione IV - Infortuni).

5. "DENTAL"

La garanzia copre le spese relative alle prestazioni odontoiatriche previste nelle Condizioni di Assicurazione ricevute dall'Assicurato a seguito di emergenza odontoiatrica, nonché le spese di prevenzione anch'esse previste dalle Condizioni di Assicurazione. L'Assicurato può optare per il Pagamento in forma diretta o per il Pagamento in forma rimborsuale. (> Norme Particolari - Sezione V - Dental).

All'attivazione di una o più garanzie di cui ai precedenti punti da 1 a 4 (con esclusione quindi del caso di acquisto della sola garanzia di cui al punto 5, "Dental") viene sempre automaticamente abbinata l'attivazione della garanzia "ASSISTENZA", che consente all'Assicurato e alla famiglia di avere a disposizione una serie di Prestazioni di Assistenza, consistenti in un immediato aiuto in caso di situazioni di particolare difficoltà, anche in viaggio ed anche in caso di Ricovero (> Norme Particolari - Sezione VI - Assistenza).

La copertura assicurativa può essere prestata, a scelta del Contraente, a favore di più soggetti assicurati, ai quali spetteranno sempre le medesime garanzie (senza quindi la possibilità di differenziare, tra loro, le garanzie).

Il Contraente potrà indicare fino ad un massimo di 6 soggetti contemporaneamente assicurati, e potrà variare nel tempo tale indicazione. Il Contraente può anche non essere tra i soggetti Assicurati.

Tutti i soggetti Assicurati devono appartenere al medesimo Nucleo familiare secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.


Leggi attentamente la Nota Informativa e le Condizioni di Assicurazione!

La POLIZZA IN SINTESI è, infatti, una informazione di sintesi predisposta da Cardif per rendere più chiari ed immediati i contenuti principali dell'Assicurazione. Quanto ivi illustrato non ha valore contrattuale e, pertanto, non sostituisce né integra i termini e le condizioni a cui la copertura assicurativa è prestata, che sono contenuti esclusivamente nei documenti contrattuali consegnati in forza delle vigenti disposizioni.

I termini indicati con l'iniziale maiuscola sono definiti nel Glossario. Inoltre, i simboli "Da tenere a mente" ti guideranno lungo la lettura e la consultazione delle Condizioni di Assicurazione.

Che cos'è

Cosa copre

 Da tenere a mente

1.1 Sottoscrizione dell'Assicurazione

L'Assicurazione si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di Polizza da parte del Contraente. La presente Polizza prevede le seguenti garanzie assicurative:

1. Spese Mediche;
2. Clinica Privata;
3. Indennità;
4. Infortuni;
5. Dental;
6. Assistenza.

All'attivazione di una o più garanzie tra quelle precedentemente individuate (da 1 a 4), viene sempre automaticamente abbinata la garanzia Assistenza.

Parimenti, la garanzia Assistenza non potrà essere attivata se non in abbinamento ad un'altra garanzia.

Le garanzie di cui ai precedenti punti da 1 a 3 possono essere attivate a condizione che l'Assicurato risponda negativamente a tutte le domande incluse nel Questionario sanitario. Resta inteso che qualora l'Assicurato sia un minore, il Questionario sanitario verrà compilato e sottoscritto da chi ne ha la rappresentanza legale.

Le garanzie scelte dal Contraente saranno valide per tutti gli Assicurati inseriti in copertura.

Nel Modulo di Polizza, compilato al momento della sottoscrizione del contratto, il Contraente indica i soggetti inizialmente assicurati.

Oltre all'Assicurato Principale potranno essere inclusi in copertura fino ad un massimo di 5 (cinque) Assicurati Aggiuntivi.

1.2 Variazione degli Assicurati

1.2.1 Modifica degli Assicurati Aggiuntivi

Il Contraente, in regola con il pagamento dei Premi, ha la facoltà di modificare il numero degli Assicurati Aggiuntivi, fermo il fatto che mai il numero degli Assicurati posti sotto copertura potrà essere superiore a 6 (sei).

Tale facoltà viene esercitata dal Contraente tramite la compilazione dell'apposito Modulo di Variazione presso una filiale di Banca Nazionale del Lavoro. L'inclusione di uno o più Assicurati Aggiuntivi ha effetto dalle ore 24.00 della data di variazione.

Le garanzie possono essere attivate con riferimento ad nuovo Assicurato Aggiuntivo fermo il rispetto dei requisiti di assicurabilità previsti dalle Condizioni di Assicurazione per l'accesso in copertura (vedi § 1.7

Condizioni al momento della sottoscrizione).

La diminuzione del numero degli Assicurati Aggiuntivi avrà effetto dalla prima scadenza annuale di Polizza.

1.2.2 - Uscita dal Nucleo familiare di un Assicurato In caso di uscita di un Assicurato dal Nucleo familiare, la copertura assicurativa ad esso riferita rimane operante sino alla prima scadenza annuale di Polizza.

In questo caso:

a) Se ad uscire è l'Assicurato Principale, la Polizza alla scadenza annuale si rinnoverà regolarmente, fermo il ricalcolo del Premio, considerando come nuovo Assicurato Principale il più anziano degli Assicurati Aggiuntivi rimasti in copertura e sulla base del nuovo numero di Assicurati.

Il rinnovo non sarà possibile qualora gli Assicurati Aggiuntivi e il nuovo Assicurato Principale non costituiscano un Nucleo familiare ai sensi di Polizza.

b) Se ad uscire è un Assicurato Aggiuntivo, la Polizza, alla scadenza annuale, si rinnoverà regolarmente fermo il ricalcolo del Premio sulla base del nuovo numero di Assicurati.

L'uscita dal Nucleo familiare di un Assicurato deve essere tempestivamente comunicata alla Compagnia con le modalità previste al § 1.22 Forma delle comunicazioni.

1.3 Decesso del Contraente e/o dell'Assicurato

Il decesso del Contraente comporta l'immediata cessazione della Polizza e la restituzione del Premio per il periodo non goduto.

In caso di decesso dell'Assicurato la copertura assicurativa rimane operante sino alla prima scadenza annuale di Polizza. In questo caso:

a) Se il decesso riguarda l'Assicurato Principale la Polizza alla scadenza annuale si rinnoverà regolarmente, fermo il ricalcolo del Premio, considerando come nuovo Assicurato Principale il più anziano degli Assicurati Aggiuntivi rimasti in copertura e sulla base del nuovo numero di Assicurati.

Il rinnovo non sarà possibile qualora gli Assicurati Aggiuntivi e il nuovo Assicurato Principale non costituiscano un Nucleo familiare ai sensi di Polizza.

b) Se il decesso riguarda l'Assicurato Aggiuntivo la Polizza, alla scadenza annuale, si rinnoverà regolarmente fermo il ricalcolo del Premio sulla base del nuovo numero di Assicurati.

Il decesso deve essere tempestivamente comunicato alla Compagnia con le modalità previste al § 1.22 Forma delle comunicazioni.



1.4 Modifica delle garanzie

Il Contraente, in regola con il pagamento dei Premi, ha la facoltà di modificare le garanzie.

Precisamente egli potrà:

- attivare una o più garanzie non attive, oppure
- disattivare una o più garanzie attive

La modifica delle garanzie riguarderà tutti gli Assicurati.

Tale facoltà viene esercitata dal Contraente tramite la compilazione dell'apposito Modulo di Variazione presso una filiale di Banca Nazionale del Lavoro.

L'attivazione di una o più nuove garanzie non attive ha effetto dalle ore 24.00 della data di variazione.

L'attivazione può essere effettuata fermo il rispetto, da parte di tutti gli Assicurati, dei requisiti di assicurabilità previsti dalle Condizioni di Assicurazione per l'accesso in copertura.

Resta ferma l'applicazione dei Termini di carenza eventualmente previsti per le garanzie attivate.

La disattivazione di una o più garanzie attive così come la diminuzione del numero degli Assicurati Aggiuntivi avrà effetto dalla prima scadenza annuale di Polizza.

1.5 Limiti di età dell'Assicurato

Possono essere inclusi in copertura gli Assicurati che, al momento dell'adesione, non abbiano ancora compiuto il 65° anno di vita.

Qualora l'Assicurato compia il 75° anno di età durante il periodo di validità del contratto a seguito di tacito rinnovo, la copertura assicurativa riferita all'Assicurato stesso cessa alla prima scadenza annuale successiva. Inoltre:

- a) Se il suddetto Assicurato è l'Assicurato Principale, la Polizza alla scadenza annuale si rinnoverà regolarmente, fermo il ricalcolo del premio, considerando come nuovo Assicurato Principale il più anziano degli Assicurati Aggiuntivi rimasti in copertura e sulla base del nuovo numero di Assicurati. Il rinnovo non sarà possibile qualora gli Assicurati Aggiuntivi e il nuovo Assicurato Principale non costituiscano un Nucleo familiare ai sensi di Polizza.
- b) Se il suddetto Assicurato è l'Assicurato Aggiuntivo, la Polizza si rinnoverà regolarmente fermo il ricalcolo del Premio sulla base del nuovo numero di Assicurati.

1.6 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dall'eventuale valutazione dello stato di salute al momento della richiesta di accesso in copertura, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V e sindromi correlate con o senza AIDS. La sopravvenienza di tali affezioni in corso di contratto devono essere tempestivamente comunicate alla Compagnia - con le modalità previste al § 1.22 Forma delle comunicazioni - in quanto causa di immediata cessazione della copertura assicurativa per l'Assicurato coinvolto dalle suddette affezioni ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Inoltre:

- a) Se le affezioni riguardano l'Assicurato Principale la Polizza alla scadenza annuale si rinnoverà regolarmente, fermo il ricalcolo del Premio, considerando come nuovo Assicurato Principale il più anziano degli Assicurati Aggiuntivi rimasti in copertura e sulla base del nuovo numero di Assicurati. Il rinnovo non sarà possibile qualora gli Assicurati Aggiuntivi e il nuovo Assicurato Principale non costituiscano un Nucleo familiare ai sensi di Polizza.
- b) Se le affezioni riguardano l'Assicurato Aggiuntivo la Polizza, alla scadenza annuale, si rinnoverà regolarmente fermo il ricalcolo del Premio sulla base del nuovo numero di Assicurati.

Non sono altresì assicurabili i soggetti che abbiano risposto negativamente anche ad una sola delle domande sottoposte tramite il Questionario sanitario di Polizza UNICA BNL.

1.7 Condizioni al momento della sottoscrizione

L'Assicurazione può essere conclusa se alla Data di Decorrenza:

- a. il Contraente, qualora persona fisica, ha la propria residenza in Italia; il Contraente, qualora persona giuridica, ha sede legale in Italia;
- b. il Contraente persona fisica, oppure il suo Titolare effettivo qualora sia una persona giuridica, o gli Assicurati non siano cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America;
- c. l'Assicurato ha il proprio domicilio abituale in Italia;
- d. il Contraente persona fisica, oppure il suo Titolare effettivo qualora sia una persona giuridica, o gli Assicurati non facciano parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov);
- e. il Titolare effettivo del Contraente, in caso esso sia una persona giuridica, non è residente di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America;
- f. Il Contraente non intrattiene rapporti economici o commerciali, diretti o indiretti, con persone fisiche residenti in Siria, Sudan, Cuba, Iran, Nord Corea e Regione Crimea/Sebastopoli oppure con persone giuridiche aventi sede negli stessi Stati o loro società/entità controllate o partecipate.
- Le medesime condizioni valgono anche per gli Assicurati che entrano in copertura successivamente alla Data di Decorrenza, con riferimento alla data di accesso.



1.8 Condizioni durante l'Assicurazione

La Polizza opera fintanto che, nel corso della sua durata:

- a. il Contraente, qualora persona fisica, mantiene la propria residenza in Italia;
- b. il Contraente, qualora persona giuridica, mantiene la sede legale in Italia;
- c. gli Stati di cui il Contraente, oppure il suo Titolare effettivo qualora sia una persona giuridica, oppure l'Assicurato erano cittadini al momento della sottoscrizione continuano a non essere sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America oppure gli Stati di cui il Contraente, oppure il suo Titolare effettivo qualora sia una persona giuridica, oppure l'Assicurato acquisiscono la cittadinanza dopo la sottoscrizione non sono sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America;
- d. l'Assicurato mantiene il proprio domicilio abituale in Italia;
- e. gli Stati in cui il Titolare effettivo del Contraente persona giuridica era residente al momento della sottoscrizione continuano a non essere sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America oppure gli Stati in cui il Titolare effettivo del Contraente persona giuridica trasferisce la residenza dopo la sottoscrizione non sono sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America.

Il Contraente, il Titolare effettivo del Contraente persona giuridica, nonché l'Assicurato si obbligano a comunicare la perdita, che li ha interessati, di uno o più di questi requisiti nel corso della durata dell'Assicurazione.

La Polizza cessa dal momento della perdita del requisito e Cardif restituirà la parte di Premio relativa all'eventuale periodo residuo da quel momento alla scadenza originaria, al netto delle imposte.

Se la perdita del requisito non viene comunicata tempestivamente con le modalità previste al § 1.22 Forma delle comunicazioni, Cardif potrà applicare una penale corrispondente ai costi sostenuti per la gestione della Polizza nel tempo in cui non era a conoscenza della sua cessazione.

Si ricorda, quindi, che l'Assicurazione:

- non opera per i Sinistri che accadono dopo la data del trasferimento fuori dall'Italia della residenza del Contraente persona fisica oppure della sua sede del Contraente persona giuridica;
- non opera per i Sinistri che accadono dopo la data di acquisizione, da parte del Contraente persona

fisica o del Titolare effettivo del Contraente persona giuridica oppure dell'Assicurato, della cittadinanza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America, o dopo l'applicazione di tali sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di cittadinanza originaria del Contraente persona fisica o del Titolare effettivo del Contraente persona giuridica o dell'Assicurato;

- non opera per i Sinistri che accadono dopo la data del trasferimento, al di fuori dell'Italia, del domicilio abituale dell'Assicurato;

- non opera per i Sinistri che accadono dopo la data di acquisizione, da parte del Titolare effettivo del Contraente persona giuridica della residenza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America, o dopo l'applicazione di tali sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di residenza originaria del Titolare effettivo del Contraente persona giuridica.

In nessun caso la Compagnia potrà pagare importi a cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America.

1.9 Validità territoriale

Fatte salve le limitazioni eventualmente previste per le singole garanzie, l'Assicurazione vale in tutto il mondo.

1.10 Decorrenza della copertura assicurativa

L'Assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Modulo di Polizza, fatto salvo l'eventuale Termine di carenza e se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti, se successivo, ha effetto dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della rata non pagata e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento; resta inteso che al momento della riattivazione verranno addebitati i Premi relativi al periodo di sospensione, ferme le successive scadenze.

1.11 Pagamento del Premio

Il pagamento del Premio avviene mediante autorizzazione per tutta la durata del contratto, all'addebito in conto corrente intrattenuto esclusivamente presso una delle filiali di Banca Nazionale del Lavoro. Il pagamento effettuato secondo tale modalità costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza del pagamento del Premio dovuto. Il Premio è annuo e anticipato. Il Contraente potrà optare per un pagamento in unica soluzione – ferme le necessarie integrazioni a seguito di variazione degli Assicurati o delle garanzie - o con cadenza mensile.



Qualora le coordinate per l'addebito dovessero variare, il Contraente si obbliga a comunicare alla filiale che ha emesso il contratto le modifiche da apportare per il corretto addebito del Premio, purché le nuove coordinate si riferiscano sempre ad un conto corrente intrattenuto presso una delle filiali di Banca Nazionale del Lavoro. Se ciò non dovesse verificarsi, il contratto si intende risolto a far data dalla prima scadenza di pagamento annuale e successiva alla chiusura del conto, senza necessità di disdetta. In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, anche nell'ipotesi in cui l'addebito dei relativi importi non possa essere effettuato per insufficienza di fondi sul conto corrente su cui è appoggiata la Polizza, l'Assicurazione si intende sospesa dalle ore 24:00 del ventesimo giorno successivo alla scadenza della mensilità non pagata e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento. La Compagnia, alla ricorrenza mensile procederà con tentativi periodici di addebito del Premio di cui sopra escludendo la quota parte relativa alle eventuali variazioni di Premio dovute all'attivazione di una o più garanzie o l'aggiunta di uno o più Assicurati effettuate durante il mese precedente al mancato pagamento.

1.12 Calcolo del Premio

Relativamente alle garanzie Spese Mediche e Clinica Privata, il Premio viene calcolato in base all'età di ogni soggetto assicurato al momento dell'attivazione della garanzia e verrà adeguato annualmente in base all'età anagrafica dell'Assicurato alla data di rinnovo. Il Premio relativo alle altre garanzie non dipende dall'età dell'Assicurato e rimane invariato durante tutta la durata dell'Assicurazione.

1.13 Adeguamento del Premio

Cardif si riserva il diritto di variare le Condizioni di Assicurazione e/o l'importo del Premio dell'Assicurazione per giustificato motivo e, segnatamente, qualora venga accertata una modifica delle basi tecniche del prodotto assicurativo in seguito alla valutazione dei dati statistici di riferimento. Le variazioni di Premio potranno essere applicate solo a decorrere dalla prima scadenza annuale successiva a quella corrente.

Cardif comunicherà al Contraente l'esercizio del suddetto diritto ed i termini della modifica, con preavviso di almeno 60 giorni rispetto alla scadenza dell'annualità in corso.

Il Contraente che non accetti la variazione ha la facoltà di recedere dall'Assicurazione immediatamente con effetto dalla prima scadenza annuale comunicandolo alla Compagnia in base a quanto disposto dal § 1.22 Forma delle comunicazioni. In ogni caso, prestando la propria accettazione alla sottoscrizione delle coperture assicurative, il Contraente ha concordato che a fronte

della comunicazione di variazione dell'importo del Premio o delle Condizioni di Assicurazione il proprio silenzio sia considerato come assenso alla variazione stessa.

1.14 Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio

Le dichiarazioni dell'Assicurato - in particolare quelle fornite mediante la compilazione del Questionario sanitario - devono essere veritiere, corrette e complete al fine di un'esatta valutazione del rischio da parte della Compagnia. **L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a lui note rilevanti per la determinazione del rischio. Le dichiarazioni inesatte o reticenti, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.**

Qualora sopravvenga una modifica dello stato di salute dell'Assicurato prima della decorrenza della copertura assicurativa che influisca sulle dichiarazioni riportate sul Questionario sanitario, l'Assicurato è tenuto ad informare la Compagnia, al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione. In questo caso la Compagnia si riserva il diritto di rivedere le condizioni di accettazione o di rifiutare il rischio.

1.15 Sconti

Nei seguenti casi la Compagnia riconosce al Contraente i seguenti sconti:

a. Sconto numero Assicurati Aggiuntivi

Al premio imponibile relativo a ciascun Assicurato Aggiuntivo inserito in copertura verrà applicato uno sconto pari al 50%;

b. Sconto numero garanzie

Qualora si opti per l'attivazione di più garanzie, la Compagnia riconosce al Contraente uno sconto sul premio imponibile di Polizza in base a quanto riportato nella tabella che segue. Resta inteso che la garanzia Assistenza non rileva al fine del calcolo del numero delle garanzie attivate.

Numero garanzie attivate (*)	Sconto percentuale sul Premio imponibile (**)
1	Nessuno sconto
2	10%
3	15%
4	20%
5	25%

(*) la garanzia Assistenza non rileva ai fini del calcolo del numero delle garanzie attivate

(**) da applicarsi dopo lo sconto numero Assicurati

Nel caso in cui si abbia diritto ad entrambi gli sconti ricorrendo le condizioni sopra indicate, verrà applicato in primo luogo lo sconto numero Assicurati Aggiuntivi e successivamente lo sconto numero garanzie.



1.16 Durata della copertura assicurativa

La presente Polizza ha durata annuale. In mancanza di disdetta, da comunicarsi tra le Parti almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, l'Assicurazione si rinnova per un ulteriore anno e così di seguito.

Per esercitare tale diritto, il Contraente dovrà inviare alla Compagnia disdetta attraverso raccomandata A/R all'indirizzo indicato al § 1.22 "**Forma delle comunicazioni**", oppure compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali di Banca Nazionale del Lavoro.

La Compagnia, nei casi previsti al § 1.20.2 "**Diritto di Recesso della Compagnia**", potrà esercitare il proprio diritto di disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R da inviarsi all'indirizzo indicato dal Contraente sul Modulo di Polizza (o eventuale variazione comunicata).

1.17 Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione a Cardif di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati da Cardif possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo/risarcimento, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile.

1.18 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio Cardif è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'articolo 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso. Tali variazioni comporteranno, in ogni caso, la necessità di sostituzione contrattuale da effettuarsi presso la filiale bancaria alla quale è assegnata la Polizza.

1.19 Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare l'esistenza di altre assicurazioni, fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso in caso di Sinistro.

1.20 Diritto di recesso

1.20.1 Diritto di ripensamento del Contraente

Il Contraente può recedere dall'Assicurazione entro 30 (trenta) giorni dalla Data di Decorrenza, recandosi presso una filiale di Banca Nazionale del Lavoro esercitando immediatamente il proprio diritto compilando l'apposito modulo. In alternativa il Contraente potrà darne comunicazione a Cardif a

mezzo di lettera raccomandata A/R ai recapiti di cui al § 1.22 "**Forma delle comunicazioni**".

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative dalla Data di Decorrenza, precludendo pertanto all'origine il decorso e l'efficacia delle coperture offerte, con la conseguenza che Cardif non sarà tenuta a corrispondere alcun Indennizzo per i fatti occorsi fino al momento del recesso. Cardif rimborserà il Premio eventualmente pagato e non goduto al netto delle spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto.

La denuncia di Sinistro, in pendenza del termine di recesso, implica la rinuncia al diritto medesimo.

1.20.2 Diritto di recesso della Compagnia

Cardif può recedere dall'Assicurazione se, dopo l'accesso in copertura, il Contraente oppure il suo Titolare effettivo qualora sia una persona giuridica, o gli Assicurati entrano a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov). La copertura assicurativa cessa dalle ore 24 del giorno in cui è stata ricevuta la comunicazione di recesso.

In nessun caso Cardif può pagare importi a soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

1.21 Modifiche delle Condizioni di Assicurazione

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della Polizza debbono essere provate per iscritto.

1.22 Forma delle comunicazioni

Salvo che sia diversamente specificato, le comunicazioni a Cardif potranno essere fatte per iscritto come segue:

- tramite posta elettronica, all'indirizzo e-mail:
 - per denunce di sinistro: sinistri.cardif@myassistance.it
 - per richieste di post-vendita: lineapersone@cardif.com
 - per informazioni sul prodotto: servizioclienti@cardif.com;
- a mezzo fax, al numero:
 - per denunce di sinistro: **02 8718 1975**
 - per informazioni e post-vendita **02 3032 9809**;
- a mezzo posta, al seguente indirizzo:
 - per denunce di sinistro: **Cardif c/o My Assistance Srl Via Delle Tuberose, 14 - 20146 Milano**;
 - per informazioni e post-vendita: **Cardif - Back Office Protezione - Post Vendita, Casella Postale 550 - 20123 Milano**;

allegando copia di un valido Documento di Identità e del Codice Fiscale. In caso di utilizzo della posta elettronica si dovrà altresì allegare scansione della comunicazione debitamente firmata. Eventuali comunicazioni da parte di Cardif saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dal Contraente. Il Contraente e/o l'Assicurato, telefonando al numero verde del Servizio Clienti:

dall'Italia **800.900.515**

dall'estero **+39 02 7722 4551**

lunedì - venerdì dalle ore 8.30 - 19.00

sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00



COME COMUNICARE CON
CARDIF



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

potranno altresì chiedere informazioni relative alle caratteristiche del prodotto. Cardif, nella propria Home Page Internet (www.bnpparibascardif.it), mette a disposizione dei clienti la possibilità di accedere ad un'area riservata per la consultazione della propria posizione assicurativa, nei termini e secondo le modalità previste da IVASS. L'area è consultabile tramite l'utilizzo delle credenziali assegnate ai clienti al primo accesso in occasione della registrazione. La Compagnia mette a disposizione del Contraente e degli Assicurati la App "UNICA BNL" che, una volta scaricata da Google Play oppure da Apple Store e attivata con il conferimento delle autorizzazioni previste e l'accettazione delle regole di utilizzo, consente di ottenere informazioni in merito alle Condizioni di Assicurazione, alle garanzie attive, ai massimali e infine, di denunciare un Sinistro.

1.23 Oneri fiscali

Eventuali imposte ed altri oneri futuri, relativi al presente contratto di Assicurazione, sono a carico del Contraente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile al Premio, verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

1.24 Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione del presente contratto, il foro competente sarà quello del luogo di residenza o domicilio del Contraente o dell'Assicurato e/o suoi aventi causa.

1.25 Prescrizione

Ai sensi e per gli effetti dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal presente contratto di Assicurazione si prescrivono in 2 (due) anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

1.26 Legislazione applicabile e rinvio alle norme di legge

Il presente contratto è regolato dalla Legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal presente contratto, valgono le norme di legge in materia di assicurazioni private.

1.27 Reclami

1.27.1 Reclami alla Compagnia

Eventuali reclami riguardanti il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa Compagnia di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto delle coperture assicurative o sulla gestione

dei Sinistri), devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, a mezzo telefax o e-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente recapito:

Cardif – Ufficio Reclami

Piazza Lina Bo Bardi, 3 - 20124 Milano

e-mail: reclami@cardif.com

fax: 02 7722 4265

E' possibile inoltrare reclamo anche utilizzando il web-form presente sul sito internet della Compagnia www.bnpparibascardif.it.

La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro ad opera della Compagnia nel termine sopraindicato, potrà rivolgersi all'IVASS, secondo le modalità previste per i reclami presentati direttamente all'IVASS indicate al § 1.27.3 "Reclami all'IVASS" ed inviando altresì copia del reclamo presentato alla Compagnia nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

1.27.2 Reclami all'Intermediario assicurativo

Qualora il reclamo riguardi il comportamento dell'intermediario assicurativo o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), deve essere inoltrata una comunicazione scritta a quest'ultimo con le modalità indicate nell'Allegato 7B, documento che viene consegnato a cura del medesimo intermediario assicurativo. L'intermediario si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Se non lo facesse o se l'esponente non fosse soddisfatto della risposta, può rivolgersi all'IVASS con le modalità indicate al § 1.27.3 "Reclami all'IVASS" per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta dell'intermediario.

1.27.3 Reclami all'IVASS

Per l'accertamento dell'osservanza della normativa di settore devono essere presentati, a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS:

IVASS - Servizio tutela del consumatore

Via del Quirinale 21 - 00187 Roma

ivass@pec.ivass.it

fax: 06 4213 3206

Per la stesura del reclamo presentato all'IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul sito della Compagnia www.bnpparibascardif.it nella sezione dedicata ai reclami. Il reclamo deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi:



1. il nome, cognome, indirizzo ed eventuale recapito telefonico;
2. la Compagnia, l'intermediario o i soggetti di cui si lamenta l'operato;
3. la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa.

Resta in ogni caso salva la facoltà di ricorrere all'istituto della mediazione come disciplinato dal D. Lgs. n° 28 del 4 marzo 2010 e di adire l'Autorità Giudiziaria.

In caso di liti transfrontaliere in cui sia parte, il reclamante avente la residenza in Italia può presentare il reclamo:

- a. direttamente all'Autorità di vigilanza/sistema competente del paese dello stato membro in cui ha sede legale l'impresa di assicurazioni che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>);
- b. all'IVASS che provvede all'inoltro alla suddetta Autorità/sistema, dandone notizia al reclamante. Autorità di vigilanza del paese di origine dell'Assicuratore è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito <http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacp.html>.

1.28 Informativa sul trattamento dei dati personali

Cardif Assurances Risques Divers Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito Cardif), in qualità di Titolare del trattamento, informa che i dati personali dell'Assicurato/i (di seguito gli "Interessati"), ivi compresi quelli sensibili (per esempio: informazioni in merito allo stato di salute) e giudiziari, forniti dagli Interessati o da terzi, sono trattati ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata, nonché per finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e di controllo, ivi compresa la normativa in materia di antiriciclaggio e contrasto al terrorismo. Il mancato conferimento dei dati, assolutamente facoltativo, può precludere l'instaurazione o l'esecuzione del contratto assicurativo. Con riferimento ai dati "sensibili" il trattamento potrà avvenire solo con il consenso scritto degli Interessati. Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e automatizzati, in forma cartacea e/o elettronica, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi. All'interno di Cardif, possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti,

le strutture o i collaboratori che svolgono per conto di Cardif medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale. Cardif può altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si citano: i soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per esempio: intermediari; riassicuratori; coassicuratori) i soggetti che svolgono servizi bancari, finanziari o assicurativi; le società appartenenti al Gruppo BNP Paribas, o comunque da esso controllate o allo stesso collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico di Cardif; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione, soggetti che prestano attività di Assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere da Cardif anche nell'interesse della clientela; società di recupero crediti. I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in un elenco aggiornato (disponibile presso la sede di Cardif) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomo "Titolare", salvo il caso in cui siano stati designati da Cardif "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza.

La comunicazione potrà avvenire anche nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni di legge attualmente in vigore.

Nel caso in cui i dati personali venissero trasferiti all'estero, si sottolinea che gli stessi potrebbero essere trattati con livelli di tutela differente rispetto alle previsioni della normativa vigente in Italia. In nessun caso i dati personali saranno trasferiti per finalità diverse da quelle necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata.

Cardif non diffonde i dati personali degli Interessati. In considerazione dell'estensione della copertura assicurativa a favore del Nucleo familiare, come definito nella documentazione contrattuale, alcuni dati, anche sensibili, relativi alle Prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a conoscenza anche degli altri Interessati ove necessario per la gestione della Polizza in essere. Ogni Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i propri dati personali trattati



presso Cardif e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento. Per ottenere ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti può rivolgersi a:

Cardif Assurances Risques Divers - Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Direttore Marketing, pro-tempore, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati personali dei clienti/marketing, domiciliato per la funzione presso la sede di Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano; e-mail privacy_it@cardif.com.



Norme Particolari

Sezione I - Spese Mediche

2.1 Oggetto dell'Assicurazione

Cardif, nei confronti dell'Assicurato, si impegna ad erogare le seguenti Prestazioni:

- Prestazioni ospedaliere in SSN
- Prestazioni extraospedaliere

per spese sostenute dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa, dovute a: i) Infortunio avvenuto; ii) Malattia manifestata; iii) parto; ferme le regole di carenza del § 5.2 "Termini di carenza".

La garanzia prevede limiti, sottolimiti, Massimali ed esclusioni.

2.2 Prestazioni ospedaliere in SSN

2.2.1 Indennità per Ricovero o Day Hospital in SSN

In caso di Ricovero o Day Hospital, erogato da un Istituto di cura pubblico o privato in regime di convenzione con il SSN, Cardif riconosce all'Assicurato un' Indennità di 80 euro per ogni giorno di Ricovero, escluso quello di dimissione, e di 40 euro per ogni giorno di Day Hospital, con il massimo di 200 giorni per Anno Assicurativo.

2.2.2 Indennità per Ricovero con Intervento chirurgico su neonati in SSN

In caso di Ricovero con Intervento chirurgico, effettuato esclusivamente per la correzione di malformazioni o difetti fisici nel primo anno di vita del neonato ed erogato da un Istituto di cura pubblico o privato in regime di convenzione con il SSN, Cardif riconosce all'Assicurato un'Indennità di 80 euro per ogni giorno di Ricovero, escluso quello di dimissione. L'Indennità viene riconosciuta anche ad uno dei genitori ma solo se ricoverato insieme al neonato ed Assicurato e con il massimo di 200 giorni per Anno Assicurativo.

La presente Prestazione è attiva a condizione che almeno uno dei due genitori sia assicurato.

2.2.3 Rimborso ticket per Intervento chirurgico ambulatoriale in SSN

In caso di Intervento chirurgico ambulatoriale, erogato da un Istituto di cura pubblico o privato in regime di convenzione con il SSN, Cardif rimborsa all'Assicurato l'importo del ticket pagato, ad esso relativo, senza applicazione di Scoperto, **fino alla concorrenza del Massimale di 2.000 euro.**

2.2.4 Rimborso ticket pre e post Ricovero, Day Hospital o Intervento chirurgico ambulatoriale

In caso di Ricovero, Day Hospital o Intervento chirurgico ambulatoriale, erogato da un Istituto di cura pubblico o privato in regime di convenzione con il SSN, Cardif rimborsa all'Assicurato l'importo del solo ticket pagato, senza applicazione di Scoperto, **fino alla concorrenza del Massimale di 2.000 euro**, per le spese relative a:

- accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del Ricovero, del Day Hospital o dell'Intervento chirurgico ambulatoriale;
- accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), trattamenti fisioterapici e rieducativi, solo a seguito di Ricovero con Intervento chirurgico o Day Hospital con Intervento chirurgico, effettuati nei 90 giorni successivi il termine del Ricovero o Day Hospital o l'Intervento chirurgico ambulatoriale purché direttamente resi necessari dall'Evento che ha determinato il Ricovero o Day Hospital o l'Intervento chirurgico ambulatoriale stesso.

Sono escluse le visite di medicina generale e le visite pediatriche di controllo periodico.

2.3 Prestazioni extraospedaliere

2.3.1 Alta Specializzazione

Cardif rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni sanitarie di seguito indicate, **fino alla concorrenza del Massimale di 2.500 euro:**

- con applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo di 25 euro in caso di Pagamento in forma diretta;
- con applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo di 50 euro in caso di Pagamento in forma rimborsuale;
- senza applicazione di Scoperto in caso di prestazione erogata da un Istituto di cura pubblico o privato in regime di convenzione con il SSN, relativamente all'importo del solo ticket pagato.

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
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

Terapie attinenti patologie oncologiche

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia.

Terapie

- Dialisi
- Laserterapia fotodinamica a scopo terapeutico.

Endoscopie senza biopsia

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastrosocopia
- Rettosocopia.

2.3.2 Accertamenti diagnostici

Cardif rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per accertamenti diagnostici **fino alla concorrenza del Massimale di 500 euro**:

- con applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo di 25 euro in caso di Pagamento in forma diretta;
- con applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo di 50 euro in caso di Pagamento in forma rimborsuale;
- senza applicazione di Scoperto in caso di Prestazione erogata da un Istituto di cura pubblico o privato in regime di convenzione con il SSN,

relativamente all'importo del solo ticket pagato.

Questa Prestazione non è operante per:

- a) quanto incluso nella Prestazione "Alta Specializzazione", di cui al punto 2.3.1 che precede;
- b) le analisi di laboratorio;
- c) gli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da infortunio;
- d) Infortunio non oggettivamente documentato da verbale di Pronto Soccorso o da certificazione medica con relativa documentazione strumentale (ad esempio: RX, Ecografia, TAC, RMN).

2.3.3 Ticket SSN per analisi di laboratorio

Cardif rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per esami di laboratorio effettuati presso un Istituto di cura pubblico o privato in regime di convenzione con il SSN, relativamente all'importo del solo ticket pagato, **fino alla concorrenza del Massimale di 100 euro e senza applicazione di Scoperto**.

2.3.4 Visite specialistiche

Cardif rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per Visite specialistiche, **fino alla concorrenza del Massimale di 100 euro per Visita specialistica e con il massimo di 2 Visite specialistiche per Anno Assicurativo**:

- con applicazione di uno Scoperto del 20% in caso di Pagamento in forma diretta o Pagamento in forma rimborsuale;
 - senza applicazione di Scoperto in caso di Prestazione erogata da un Istituto di cura pubblico o privato in regime di convenzione con il SSN, relativamente all'importo del solo ticket pagato.
- Questa Prestazione non è operante per:**
- a) visite di medicina generale, pediatriche di controllo periodico e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio;
 - b) Infortunio non oggettivamente documentato da verbale di Pronto Soccorso o da certificazione medica con relativa documentazione strumentale (ad esempio: RX, Ecografia, TAC, RMN).



2.4 Scheda di riepilogo Sezione I - Ricovero in regime SSN ed extraospedaliere

Prestazione	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
2.2 Prestazioni ospedaliere in SSN		
2.2.1 Indennità per Ricovero o Day Hospital in SSN	<ul style="list-style-type: none"> •Ricovero: Indennità di 80 euro al giorno •Day Hospital: Indennità di 40 euro al giorno •Limite massimo indennizzo: 200 giorni 	Nessuno
2.2.2 Indennità per Ricovero con Intervento chirurgico su neonati in SSN	<ul style="list-style-type: none"> •Ricovero: Indennità di 80 euro al giorno •Limite massimo indennizzo: 200 giorni 	
2.2.3 Rimborso ticket per Intervento chirurgico ambulatoriale in SSN	<ul style="list-style-type: none"> •Massimale 2.000 euro 	
2.2.4 Rimborso ticket pre e post Ricovero, Day Hospital o Intervento chirurgico ambulatoriale	<ul style="list-style-type: none"> •Massimale 2.000 euro •Limite rimborso: 90 gg prima e 90 gg dopo 	
2.3 Prestazioni extraospedaliere		
2.3.1 Alta Specializzazione	<ul style="list-style-type: none"> •Massimale 2.500 euro 	<ul style="list-style-type: none"> •Pagamento in forma diretta: Scoperto 20% minimo 25 Euro •Pagamento in forma rimborsuale: Scoperto 20% minimo 50 Euro •Ticket SSN: nessuno
2.3.2 Accertamenti diagnostici (esclusi accertamenti di cui al punto 2.3.1 e analisi di laboratorio)	<ul style="list-style-type: none"> •Massimale 500 euro 	
2.3.3 Ticket SSN per analisi di laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> •Massimale 100 euro 	Nessuno
2.3.4 Visite specialistiche	<ul style="list-style-type: none"> •Massimale 100 euro per Visita specialistica •Massimo 2 Visite specialistiche 	<ul style="list-style-type: none"> •Pagamento in forma diretta o rimborsuale: Scoperto 20% •Ticket SSN: nessuno

Si precisa che i Massimali e i limiti sono da intendersi per Assicurato e per Anno Assicurativo.

Lo Scoperto / Franchigia si applica per Evento.



3.1 Oggetto dell'Assicurazione

Cardif, nei confronti dell'Assicurato, si impegna a rimborsare con un Massimale di 250.000 euro, le spese sostenute dall'Assicurato in Istituto di cura privato o pubblico in regime di solvenza, incluse nelle seguenti Prestazioni ospedaliere elencate nel § 3.2 "Ricovero, Day Hospital con o senza Intervento chirurgico e Intervento chirurgico ambulatoriale effettuati privatamente" e § 3.3 "Neonato", per un Sinistro accaduto dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa, dovuto a: i) Infortunio avvenuto; ii) Malattia manifestata; iii) parto; ferme le regole di carenza del § 5.2 "Termini di carenza".

La garanzia prevede limiti, sottolimiti, Massimali ed esclusioni.

In caso di Pagamento in forma rimborsuale sono operativi i Massimali indicati al § 3.2.7

"Interventi Plafonati effettuati in forma indiretta".

3.2 Ricovero, Day Hospital con o senza Intervento chirurgico e Intervento chirurgico ambulatoriale effettuati privatamente.

La garanzia opera per le seguenti Prestazioni:

3.2.1 Ricovero con/senza Intervento chirurgico

- senza applicazione di Scoperto, in caso di Pagamento in forma diretta;
- con applicazione di uno Scoperto del 20%, con il minimo di 1.000 euro, ed entro i Massimali indicati al § 3.2.7 *"Interventi Plafonati effettuati in forma indiretta"*, la cui tipologia d'intervento è inclusa in tale elenco, in caso di Pagamento in forma rimborsuale; per:
 - a) gli onorari dell'equipe (risultante dal referto operatorio), i diritti di sala operatoria e i materiali di intervento (ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'Intervento chirurgico);
 - b) durante il periodo del Ricovero: l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali e, solo in caso di Ricovero con Intervento chirurgico, anche i trattamenti fisioterapici e rieducativi;
 - c) la retta di degenza senza alcun limite in caso di Pagamento in forma diretta, con il limite giornaliero di 200 euro in caso di Pagamento in forma rimborsuale. Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;
 - d) gli accertamenti diagnostici e le Visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del Ricovero;
 - e) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le

prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, le cure termali (escluse le spese alberghiere) e, solo in caso di Ricovero con Intervento chirurgico, anche i trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 90 giorni successivi il termine del Ricovero, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato il Ricovero stesso.

Nel caso di trapianto Cardif si impegna a rimborsare le spese di cui alle lettere a), b) e c):

- se l'Assicurato è ricevente: relative al Ricovero del donatore per l'espianto di organi o parti di essi, e quelle del relativo trasporto;
- se l'Assicurato è il donatore vivente: per l'espianto di organi o parti di essi, e quelle del relativo trasporto.

3.2.2 Day Hospital con Intervento chirurgico

- con applicazione di una Franchigia di 200 euro, in caso di Pagamento in forma diretta;
- con applicazione di uno Scoperto del 20%, con il minimo di 1.000 euro, ed entro i Massimali indicati al § 3.2.7 *"Interventi Plafonati effettuati in forma indiretta"* la cui tipologia d'intervento è inclusa in tale elenco, in caso di Pagamento in forma rimborsuale; per:

- a) gli onorari dell'equipe (risultante dal referto operatorio), i diritti di sala operatoria e materiali di intervento (ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'Intervento chirurgico);
- b) durante il periodo del Day Hospital: l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali e i trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- c) la retta di degenza senza alcun limite in caso di Pagamento in forma diretta, con il limite giornaliero di 200 euro in caso di Pagamento in forma rimborsuale. Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;
- d) gli accertamenti diagnostici e le Visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del Day Hospital;
- e) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, le cure termali (escluse le spese alberghiere) e, solo in caso di Ricovero con Intervento chirurgico, anche i trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 90 giorni successivi il termine del Day Hospital, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato il Day Hospital stesso.

3.2.3 Day Hospital senza Intervento chirurgico

- con applicazione di una Franchigia di 200 euro, in caso di Pagamento in forma diretta;
- con applicazione di uno Scoperto del 20%, con il



minimo di 1.000 euro, in caso di Pagamento in forma rimborsuale; per:

- a) durante il periodo del Day Hospital: l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali;
- b) la retta di degenza senza alcun limite in caso di Pagamento in forma diretta, con il limite giornaliero di 200 euro in caso di Pagamento in forma rimborsuale. Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;
- c) gli accertamenti diagnostici e le Visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del Day Hospital;
- d) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei 90 giorni successivi il termine del Day Hospital, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato il Day Hospital stesso.

3.2.4 Intervento chirurgico ambulatoriale

- con applicazione di una Franchigia di 200 euro, in caso di Pagamento in forma diretta;
- con applicazione di uno Scoperto del 20%, con il minimo di 1.000 euro, ed entro i Massimali indicati al § 3.2.7 "Interventi Plafonati effettuati in forma indiretta" la cui tipologia d'intervento è inclusa in tale elenco, in caso di Pagamento in forma rimborsuale; per:

- a) gli onorari dell'equipe (risultante dal referto operatorio), 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 chirurgico ambulatoriale;
- c) gli accertamenti diagnostici e le Visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'Intervento chirurgico ambulatoriale;
- d) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), i trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 90 giorni successivi all'Intervento chirurgico, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato l'Intervento chirurgico ambulatoriale stesso.

3.2.5 Parto cesareo, Aborto spontaneo o Aborto terapeutico

- senza applicazione di Scoperto ed entro il Massimale di 2.500 euro, sia in caso di Pagamento in forma diretta, che in caso di Pagamento in forma rimborsuale; per:

- a) gli onorari dell'equipe (risultante dal referto operatorio), 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) la retta di degenza. Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;
- d) relativamente al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'Istituto di cura: la retta di degenza al nido ospedaliero, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il Ricovero;
- e) gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del Ricovero;
- f) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei 90 giorni successivi il termine del Ricovero, purché ad esso conseguenti.

Le spese per eventuali Interventi chirurgici 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 Massimale specifico per questa Prestazione.

3.2.6 Parto fisiologico

- senza applicazione di Scoperto ed entro il Massimale di 1.500 euro, sia in caso di Pagamento in forma diretta, che in caso di Pagamento in forma rimborsuale; per:

- a) gli onorari dell'equipe (risultante dal referto operatorio), 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. Sono in ogni caso escluse 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 e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del Ricovero;
- f) accertamenti diagnostici, medicinali effettuati nei 90 giorni successivi il termine del Ricovero purché ad esso conseguenti.

3.2.7 Interventi plafonati effettuati in forma indiretta

In caso di Intervento chirurgico la cui tipologia è inclusa nel seguente elenco, effettuato in Istituto di cura privato o pubblico in regime di solvenza, e per il quale l'Assicurato richiama la Prestazione con Pagamento in forma rimborsuale, Cardif limita il Massimale rimborsabile all'Assicurato (vedi tabella al

§ 3.4 "Scheda di riepilogo Sezione II - Ricovero in clinica privata") agli importi indicati nella tabella che segue.

Alle rette di degenza non si applica lo Scoperto e il minimo previsti nella tabella di cui al punto 3.4 "Scheda di riepilogo Sezione II - Ricovero in clinica privata"; le rette di degenza sono rimborsate fino ad un limite giornaliero pari a 200 euro.

I restanti costi sostenuti dall'Assicurato saranno rimborsati fino al Massimale previsto dalla tabella seguente, previa applicazione dello scoperto e del minimo.

Nel Massimale di cui al presente articolo, sono altresì comprese tutte le spese sostenute durante il periodo di Ricovero con Intervento chirurgico o Day Hospital con Intervento chirurgico o Intervento chirurgico ambulatoriale.

Le spese pre e post ricovero non rientrano nel limite indicato nella tabella sotto esposta e vengono rimborsate con applicazione dello Scoperto o Franchigia prevista per il regime di Pagamento in forma diretta o Pagamento in forma rimborsuale, come descritto ai § 3.2.1 "Ricovero con/senza Intervento chirurgico", § 3.2.3 "Day Hospital senza Intervento chirurgico" e § 3.2.4 "Intervento chirurgico ambulatoriale". Se l'Assicurato si avvale del SSN, i ticket sanitari sono rimborsati al 100%.

Tipo di Intervento chirurgico	Massimale
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 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
Colicistectomia	€ 8.500
Ernia del disco	€ 12.000
Artrodesi vertebrale	€ 13.000
Adenocarcinoma prostatico	€ 18.000
Adenoma prostatico	€ 12.000
Isterectomia	€ 18.000
Artroprotesi anca e ginocchio	€ 25.000

Tutti gli Interventi chirurgici, entro il Massimale indicato, includono anche gli Interventi chirurgici concomitanti, se riferiti alla stessa branca specialistica ed effettuati nella medesima seduta operatoria, e:

- se effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel Massimale dell'Intervento chirurgico principale previsto dalle presenti Condizioni di Assicurazione;
- se effettuabili con diversa via d'accesso, sono rimborsabili in misura proporzionale alla complessità dell'Intervento chirurgico concomitante rispetto all'Intervento principale.



3.3 Neonato

Le Prestazioni incluse nel § 3.2 "Ricovero, Day Hospital con o senza Intervento chirurgico e Intervento chirurgico ambulatoriale effettuati privatamente", sono estese al solo caso di Interventi chirurgici, effettuati nel primo anno di vita del neonato di uno degli Assicurati, per la correzione di Malformazioni e Difetti fisici. Tali Prestazioni sono in tutti i casi rimborsate con un Massimale di 20.000 euro.

3.4 Scheda di riepilogo Sezione II - Ricovero in Clinica privata

Prestazione	Massimale / Limite	Scoperto / Franchigia
3.2 Ricovero, Day Hospital con o senza Intervento chirurgico e Intervento chirurgico ambulatoriale effettuati privatamente		
3.2.1 Ricovero con/senza Intervento chirurgico	<ul style="list-style-type: none"> •Pagamento in forma diretta: 250.000 euro •Pagamento in forma rimborsuale: 250.000 euro (per interventi plafonati si veda tabella al § 3.2.7) •Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni •Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni 	<i>Ricovero con/senza Intervento chirurgico</i> <ul style="list-style-type: none"> •Pagamento in forma diretta: nessuno •Pagamento in forma rimborsuale: Scoperto 20% minimo 1.000 euro
3.2.2 Day Hospital con Intervento chirurgico		
3.2.3 Day Hospital senza Intervento chirurgico		<i>Day Hospital con/senza Intervento chirurgico - Intervento chirurgico ambulatoriale</i> <ul style="list-style-type: none"> •Pagamento in forma diretta: Franchigia 200 euro •Pagamento in forma rimborsuale: Scoperto 20% minimo 1.000 euro
3.2.4 Intervento chirurgico ambulatoriale		
3.2.5 Parto cesareo e Aborto spontaneo o Aborto terapeutico	<ul style="list-style-type: none"> •Pagamento in forma diretta: 2.500 euro •Pagamento in forma rimborsuale: 2.500 euro •Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni •Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni 	Nessuno
3.2.6 Parto fisiologico	<ul style="list-style-type: none"> •Pagamento in forma diretta: 1.500 euro •Pagamento in forma rimborsuale: 1.500 euro •Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni •Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni 	
3.3 Neonato	<ul style="list-style-type: none"> •Pagamento in forma diretta: 20.000 euro •Pagamento in forma rimborsuale: 20.000 euro (per Interventi plafonati si veda tabella al § 3.2.7) •Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni •Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni 	

Si precisa che i Massimali e limiti sono da intendersi per Assicurato e per Anno Assicurativo.

Lo Scoperto / Franchigia si applica per Evento.



Norme particolari

Sezione III - Indennità

4.1 Oggetto dell'Assicurazione

Cardif, nei confronti dell'Assicurato, si impegna a riconoscere un'Indennità per il conseguente Intervento chirurgico, Day Surgery, Intervento chirurgico ambulatoriale, accaduto dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa, dovuto a: i) Infortunio avvenuto; ii) Malattia manifestata; iii) parto cesareo; ferme le regole di carenza del § 5.2 "**Termini di carenza**". La garanzia prevede limiti, sottolimiti, Massimali ed esclusioni.

L'Indennità è determinata secondo le regole indicate al successivo § 4.2 "**Identificazione e classificazione Interventi chirurgici e calcolo Indennità**".

4.2 Identificazione e classificazione Interventi chirurgici e calcolo Indennità

Gli Interventi chirurgici sono identificati e classificati in 3 classi, secondo la natura dell'Intervento chirurgico o la patologia o la procedura chirurgica, e ad ognuna di esse è associato un Indennizzo:

- Classe I: 1.000 euro
- Classe II: 3.000 euro
- Classe III: 10.000 euro

Gli Interventi chirurgici assicurati, sono elencati nell'Allegato 1 "**Classificazione degli Interventi chirurgici in classi**". Qualora sia descritta una patologia anziché una procedura chirurgica, deve sempre intendersi "intervento per" o "asportazione di". In caso di Intervento chirurgico non specificatamente indicato nell'Allegato 1 "**Classificazione degli Interventi chirurgici in classi**", la classe a cui attribuire l'Intervento chirurgico verrà stabilita con riferimento a quella relativa all'Intervento chirurgico più attinente al tipo di Intervento chirurgico, patologia o procedura chirurgica, tra quelli elencati.

In caso di più Interventi chirurgici, originati dalla stessa patologia ed effettuati allo stesso organo, arto o tessuto, l'Indennità prevista viene corrisposta da Cardif un'unica volta, nell' Anno Assicurativo cui il Sinistro è attribuibile.

Invece, nel caso in cui nel corso della stessa seduta operatoria vengano effettuati due o più Interventi chirurgici, Cardif corrisponderà all'Assicurato un'unica Indennità, prendendo come riferimento quella di importo più elevato.

Nessuna Indennità è prevista in caso di Intervento chirurgico non identificabile sulla base delle regole che precedono. Non sono infatti inclusi nell'Allegato 1 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi" gli

Interventi chirurgici meno complessi.

Il totale delle Indennità riconosciute da Cardif, per più Sinistri occorsi in un Anno Assicurativo ad ogni Assicurato, non potrà superare 20.000 euro.



Norme comuni relative all'operatività delle SEZIONI I – Spese Mediche, Sezione II – Clinica Privata, Sezione III – Indennità

5.1 Operatività della copertura per Infortuni e Malattie

L'Assicurazione opera esclusivamente per le Prestazioni rese necessarie da:

- a. Infortunio;
- b. Malattia manifestata (indipendentemente dalla data di sua insorgenza);

dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

Pertanto, per le garanzie descritte nelle Sezioni I - Spese Mediche, II - Clinica Privata, III - Indennità, sono da ritenersi escluse dall'Assicurazione:

- 1. complicanze, conseguenze (dirette e indirette) di Malattie manifestate anteriormente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;**
- 2. conseguenze (dirette e indirette), postumi e complicanze di Infortuni occorsi precedentemente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.**

Tuttavia, relativamente ad ogni Assicurato la cui singola garanzia sia in essere, per almeno 5 anni, l'Assicurazione è resa operante nei termini che seguono:

- a) **trascorsi almeno 5 anni di copertura ininterrotta:**
Cardif si impegna ad erogare le Prestazioni in misura del 35% dell'importo indennizzabile ai sensi di Polizza, fino ad un massimo di 10.000 euro per Anno Assicurativo;
- b) **trascorsi almeno 10 anni di copertura ininterrotta:**
Cardif si impegna ad erogare le Prestazioni in misura del 60% dell'importo indennizzabile ai sensi di Polizza, fino ad un massimo di 20.000 euro per Anno Assicurativo.

5.2 Termini di carenza

Fermo quanto regolato dal § 1.10 "Decorrenza della copertura assicurativa", le garanzie descritte nelle Sezioni I - Spese Mediche, II - Clinica Privata, III - Indennità, saranno operanti ed effettive:

- a) per gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- b) per le Malattie:
Sezione I - Spese Mediche e II - Clinica Privata:
 - "Prestazioni ospedaliere" dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
 - "Prestazioni extraospedaliere" dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.Sezione III - Indennità: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- c) per il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- d) per le conseguenze di Malattie insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula del contratto, sempre che non conosciuti e/o diagnosticati

al momento della stipula: dal 180° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;

e) per le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'Aborto spontaneo o terapeutico: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione stessa.

Trascorsi i suddetti Termini di carenza, se l'Assicurato richiederà Prestazioni causate da Malattie manifestate, secondo giudizio medico, per la prima volta durante tali Termini di carenza, le stesse saranno considerate rimborsabili.

In caso di variazioni alla presente Polizza, senza soluzione di continuità, i Termini di carenza di cui sopra operano dalla data di variazione per le maggiori somme, le diverse persone o Prestazioni assicurate.

5.3 Esclusioni

Le garanzie descritte alle Sezioni I – Spese Mediche, II – Clinica Privata, III - Indennità, non sono operanti per:

- 1. quanto normato dal § 5.1 "Operatività della copertura per Infortuni e Malattie";**
- 2. i trattamenti e le prestazioni effettuate e/o fatturate successivamente al termine dell'efficacia delle garanzie, salvo il caso di Ricovero a condizione che abbia avuto inizio durante il periodo di efficacia. In tal caso le Prestazioni sono operanti fino alla data di dimissione dall'Istituto di cura;**
- 3. le degenze per finalità di Lungodegenza, soggiorno, Convalescenza o di terapie termali, ancorché nell'ambito di Istituto di cura;**
- 4. le spese relative a vaccini, prestazioni in genere aventi finalità di prevenzione, check-up, screening o controllo periodico;**
- 5. le spese relative a prestazioni di agopuntura, logopedia; le spese relative ai trattamenti fisioterapici sono escluse salvo che sia stata acquistata la garanzia alla Sezione I - Spese Mediche o Sezione II - Clinica Privata;**
- 6. le spese relative a prestazioni sanitarie di qualsiasi natura, non corredate dall'indicazione della Malattia, sia essa sospetta o accertata, nonché quelle effettuate per motivi di sola familiarità o per predisposizione genetica. Sono esclusi i test genetici;**
- 7. le spese sostenute presso strutture diverse da Istituti di cura e Centri medici;**
- 8. le prestazioni effettuate da medici o professionisti sanitari non iscritti al relativo Albo professionale, ad eccezione dell'Assistenza infermieristica e i Trattamenti fisioterapici e riabilitativi;**
- 9. le spese oltre il limite e i Massimali indicati e quanto**



- non espressamente indicato tra le Prestazioni delle specifiche Sezioni;
10. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina alternativa o complementare o non convenzionale e sperimentale;
 11. qualsiasi Malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'H.I.V., nonché le Malattie sessualmente trasmesse;
 12. gli Infortuni, le Malattie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
 13. gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose, compiute o tentate;
 14. 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;
 15. gli Infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
 16. 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);
 17. 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;
 18. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezione, tumulto popolare, aggressione o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
 19. le conseguenze di qualsiasi Atto di terrorismo;
 20. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
 21. le applicazioni di carattere estetico;
 22. i trattamenti e gli Interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici), salvo che siano effettuati, a scopo ricostruttivo:
 - a. anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
 - b. a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
 - c. a seguito di Interventi chirurgici demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna;
 23. 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;
 24. l'interruzione volontaria della gravidanza, diversa da Aborto terapeutico;
 25. le cure e gli accertamenti odontoiatrici, le protesi dentarie e le cure ortodontiche rese necessarie a seguito di Malattia o Infortunio salvo quanto previsto al § 2.3.2 "Accertamenti diagnostici" e § 2.3.4 "Visite specialistiche" ;
 26. le cure ed Interventi chirurgici per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici o Malformazioni preesistenti alla Data di Decorrenza della Polizza, nonché le Malattie ad esse correlate, salvo quanto previsto al § 2.2.2 "Indennità per Ricovero con intervento chirurgico su neonati in SSN" e § 3.3 "Neonato";
 27. 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;
 28. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
 29. i disturbi alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da 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);
 30. protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi impiantate in caso di Ricovero e Day Hospital con Intervento chirurgico;
 31. i trattamenti e le prestazioni non necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia od Infortunio;
 32. le spese per lenti ed occhiali;
 33. le spese di viaggio e dell' accompagnatore;
 34. i Ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (Ricoveri impropri).



SEZIONE IV - Infortuni

6.1 Oggetto dell'Assicurazione

Cardif, nei limiti ed alle condizioni di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione, riconosce all'Assicurato un'Indennizzo in caso di Invalidità Permanente, Ricovero, Convalescenza e Gessatura che siano conseguenza diretta, esclusiva ed obiettivamente constatabile di un Infortunio occorso allo stesso Assicurato nello svolgimento di Attività professionali od Attività extraprofessionali, dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa.

Sono altresì considerati Infortuni:

- a) l'asfissia, non dipendente da Malattia, per fuga di gas o di vapori;
- b) l'avvelenamento acuto o le lesioni da ingestione o da assorbimento di sostanze, dovuti a causa fortuita;
- c) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento;
- d) i colpi di sole, di freddo o di calore, la folgorazione;
- e) le affezioni, obiettivamente accertabili, conseguenti a morsi o punture di insetti, aracnidi o animali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- f) le lesioni muscolari determinate da Sforzo con esclusione degli infarti e delle lesioni sottocutanee di tendini (lacerazioni totali o parziali di un tendine, senza soluzione di continuità del tessuto cutaneo e sottocutaneo). La presente estensione opera con un Termine di carenza di 120 giorni;
- g) le ernie, limitatamente a quelle addominali o da Sforzo ed escluse quelle discali. Esclusivamente quando non operabili, secondo parere medico, qualora ne derivi un'Invalidità Permanente, questa sarà indennizzata in misura non superiore al 10%. La non operabilità deve essere certificata da specialista e deve essere espressa in riferimento alle condizioni anatomiche locali (dimensioni e localizzazione dell'ernia) e cliniche generali oggettivamente documentate, che devono essere tali da controindicare l'intervento. La presente estensione opera con un Termine di carenza di 120 giorni;
- h) le infezioni, ad esclusione del virus H.I.V., purché il germe infettivo si sia introdotto attraverso una lesione determinata da Infortunio, contemporaneamente al prodursi della lesione stessa;
- i) a parziale deroga del successivo § 6.6 "Esclusioni" n. 21, le conseguenze fisiche di Interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche resi necessari da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza.

La copertura comprende anche gli Infortuni che derivano da:

- j) colpa grave dell'Assicurato;
- k) aggressioni, Atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e salvo il caso di legittima difesa;
- l) atti di temerarietà dell'Assicurato esclusivamente se compiuti per dovere di solidarietà umana;
- m) a parziale deroga del successivo § 6.6 "Esclusioni" n. 10, stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli Atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, sempre che si tratti di Infortuni verificatisi all'estero nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se ed in quanto l'Assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
- n) movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni o eruzioni vulcaniche, maremoto e altre calamità naturali. L'esborso massimo complessivo a carico di Cardif, per Sinistri causati da un unico evento tra quelli sopra descritti, intendendosi per tale l'insieme delle manifestazioni rilevabili in un arco di 168 ore dalla prima, non potrà comunque superare l'importo di 10.000.000 euro per evento. Se gli Indennizzi, complessivamente liquidabili a tutti gli Assicurati con Cardif con la presente garanzia "Infortuni", eccedono nel loro complesso tale importo, essi verranno ridotti proporzionalmente nella misura di tale eccedenza;
- o) utilizzo, da parte dell'Assicurato, in qualità di passeggero ed al fine di trasporto pubblico o privato, di velivoli ed elicotteri da chiunque esercitati, salvo quanto indicato dal § 6.6 "Esclusioni" n. 12.

La garanzia opera altresì per gli Infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza, per le sole conseguenze dirette ed esclusive derivanti dall'Infortunio.

I § 6.2 "Invalidità Permanente da Infortunio", § 6.3 "Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio", § 6.4 "Diaria da Convalescenza a seguito di Infortunio" e § 6.5 "Diaria da Gessatura a seguito di Infortunio", dettagliano l'operatività di tali Prestazioni.



6.2 Invalidità Permanente da Infortunio

Cardif, in caso di Invalidità Permanente originata da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, riconosce all'Assicurato un'Indennizzo, se tale Invalidità Permanente si verifica entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio, anche successivamente alla cessazione della garanzia ed anche in caso di mancata stabilizzazione dei postumi a tale data, in tal caso sulla base delle evidenze mediche. L'Indennizzo è pari ad una frazione percentuale della somma di 100.000 euro, determinata sulla base della tabella che segue in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato:

IP accertata	da 1% a 5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	da 20% a 40%
Indennizzo	nessuno	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	Pari alla % di IP accertata

IP accertata	41%	42%	43%	44%	45%	46%	47%	48%	49%	50%	51%	52%	53%	54%	55%	56%	57%	58%	59%	da 60% a 100%
Indennizzo	43%	46%	49%	52%	55%	58%	61%	64%	67%	70%	73%	76%	79%	82%	85%	88%	91%	94%	97%	100%

Per il calcolo del grado di IP accertato si fa riferimento alle percentuali delle tabelle di cui all'allegato 1 al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e riportate nell'Allegato 2 "Tabella delle Invalidità (INAIL) e 3 "Tabella di valutazione delle Menomazioni dell'acutezza Visiva (INAL Industria)".

Ai fini di cui sopra, alle voci e percentuali contenute in tali tabelle, si applicano i seguenti criteri:

- per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di IP previste per il lato destro varranno per il lato sinistro;
- la perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di IP indicate in tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- nel caso di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'Indennizzo viene stabilito mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, sino al limite massimo del 100%. L'Indennizzo per la perdita anatomica di una falange del pollice o di una falange dell'alluce è stabilito nella metà della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito, mentre per la perdita di una falange di qualunque altro dito l'Indennizzo è stabilito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera IP soltanto l'asportazione totale;
- nei casi di IP non specificati nella tabella di riferimento, l'Indennizzo è stabilito tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione;
- per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di IP tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi;
- in caso di perdita anatomica o funzionale di un organo o arto già minorato, le percentuali di IP saranno diminuite tenendo conto del grado di IP preesistente.

Cardif corrisponde l'Indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o Malattie preesistenti. Pertanto, se al momento dell'Infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti.

6.3 Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio

A seguito di Ricovero, documentato da Cartella clinica, reso necessario da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, Cardif riconosce all'Assicurato un Indennizzo pari ad una Diaria di 50 euro per ogni notte di Ricovero nell'Istituto di cura e con il massimo di 30, a condizione che il Ricovero abbia richiesto almeno 2 notti di permanenza presso l'Istituto di cura.

6.4 Diaria da Convalescenza a seguito di Infortunio

A seguito di Ricovero, indennizzabile a termini del § 6.3 "Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio", Cardif riconosce all'Assicurato un ulteriore Indennizzo pari ad una Diaria di 50 euro per ogni giorno di Convalescenza. Il periodo di Convalescenza indennizzabile viene forfettariamente stabilito pari al numero dei giorni di Diaria riconosciuti a termini del § 6.3 "Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio" e senza obbligo di presentazione di certificato medico attestante il periodo di Convalescenza.

6.5 Diaria da Gessatura a seguito di Infortunio

A seguito di applicazione di Gessatura all'Assicurato, resa necessaria da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, Cardif riconosce all'Assicurato un Indennizzo pari ad una Diaria di 50 euro per ogni giorno in cui sia portatore della Gessatura, con il massimo di 30 giorni per singolo Infortunio.

La Prestazione sarà corrisposta dietro presentazione del verbale di Pronto Soccorso, dell'esame radiografico attestante la frattura ossea e dei certificati medici originali attestanti l'avvenuta applicazione e rimozione della Gessatura, a condizione che:

- la frattura ossea sia stata diagnosticata entro 15 giorni dalla data dell'Infortunio;
- la Gessatura sia stata applicata e rimossa da personale medico.

Per le seguenti fratture ossee radiologicamente accertate, per le quali sia prevista l'immobilizzazione totale ma senza Gessatura, verrà comunque corrisposta la sopraindicata Diaria sulla base dei giorni di riposo indicati nel verbale rilasciato dal Pronto Soccorso:

- frattura del bacino;
- frattura dell'anca;
- frattura dello sterno;
- frattura del femore;
- frattura della colonna vertebrale;
- frattura di almeno una delle costole;
- frattura del cranio.

Sono invece escluse dalla copertura assicurativa le fratture ossee di un singolo dito del piede o della mano e delle ossa nasali.

Le Prestazioni di cui ai § 6.2 "Invalidità Permanente da Infortunio", § 6.3 "Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio", § 6.4 "Diaria da Convalescenza a seguito di Infortunio" e § 6.5 "Diaria da Gessatura a seguito di Infortunio", possono cumularsi tra loro a seguito di un unico Sinistro.

6.6 Esclusioni

L'Assicurazione di cui alla presente Sezione IV - Infortuni, non è operante per i Sinistri occorsi nello svolgimento dei seguenti lavori e Attività professionali:

- 1 manipolazione di esplosivi o materiale pirotecnico; trasporto di esplosivi; lavoro che preveda il trattamento di materiale radioattivo; lavoro presso raffinerie;
- 2 detenzione, uso o manipolazione di armi;
- 3 lavoro in corpi militari, di polizia e vigili del fuoco, limitatamente ai servizi esterni non d'ufficio; esercitazioni, incarichi o missioni effettuati a seguito di richiamo dal congedo;
- 4 lavoro ad altezze superiori a 10 metri; attività di demolizione di edifici; lavori nel sottosuolo (es. cave, miniere, pozzi, gallerie, cisterne, serbatoi, ecc.), attività speleologica; lavori su piattaforme offshore o in alto mare in genere; attività subacquee (es. palombaro, sommozzatore);
- 5 attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore; attori e ballerini;
- 6 lavoro di guida di alta montagna;
- 7 attività sportiva (gare, prove e relativi allenamenti).

Tutte le Prestazioni sono inoltre escluse nelle seguenti circostanze o condizioni:

- 8 Infortuni già verificatisi alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- 9 atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 10 Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata e non, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, l'occupazione militare e l'invasione, salvo quanto previsto dal precedente § 6.1 "Oggetto dell'Assicurazione" lettera m);
- 11 Sinistri che siano diretta conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine per motivi non terapeutici o dello stato di ebbrezza di cui all'Art. 186 D.Lgs 285/92 o di ubriachezza;
- 12 Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di velivolo:
 - non in qualità di passeggero;
 - non di voli di linea regolari, esercitato ad esempio da aeroclub o società private di lavoro aereo;
- 13 Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o radioattività, comunque sviluppatasi;
- 14 Sinistri derivanti da sostanze biologiche, chimiche o energia nucleare, utilizzate per finalità di terrorismo;



- 15 Sinistri conseguenti alla guida di veicoli o natanti a motore senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta, qualora l'Assicurato possa dimostrare di essere stato, al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo;
- 16 Infortuni subiti nella pratica di gare, e relative prove/ allenamenti, di sci alpino, snowboard, calcio, ciclismo, equitazione, svolte sotto l'Egida delle competenti Federazioni, da parte di Assicurati ad esse tesserati, salvo che per il caso di Invalidità Permanente di grado almeno pari al 20%;
- 17 pratica sportiva delle seguenti discipline: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai, di grado superiore al terzo della scala UIAA; arti marziali in genere; atletica pesante; bob; body building; bungee jumping; canyoning (torrentismo); downhill bike; football americano; freeclimbing; hockey su ghiaccio o a rotelle; hydrospeed; immersioni con o senza autorespiratore; jet-ski; kite-surfing; lotta nelle sue varie forme; pugilato; rafting; regate o traversate in alto mare in solitaria; rugby; salto con sci o idrosci; sci d'acqua; sci o snowboard al di fuori di comprensori/stazioni sciistiche con impianti di risalita; skeleton; slittino; parkour; spedizioni esplorative; speleologia;
- 18 pratica di sport aerei in genere e del volo di diporto e sportivo (es. ultraleggeri, paracadutismo, deltaplano, parapendio, volo a vela);
- 19 partecipazione, anche come passeggero, a gare, corse, esibizioni di velocità o su pista, e relative prove, allenamenti, con qualsiasi mezzo o natante a motore, salvo si tratti di regolarità pura;
- 20 Infortuni che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- 21 Interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche, salvo quanto previsto dal § 6.1 "Oggetto dell'Assicurazione" lettera i).



7.1 Oggetto dell'Assicurazione

Cardif, nei confronti dell'Assicurato, si impegna a rimborsare le seguenti Prestazioni:

- a) Emergenza odontoiatrica;
- b) Prevenzione odontoiatrica;

per Prestazioni effettuate dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa, ferme le regole di carenza del § 7.3 *"Termini di carenza"* ed esclusivamente per le Prestazioni odontoiatriche:

- a) incluse nel § 7.5 *"Schede Massimali Prestazioni Dentarie"* nelle rispettive tabelle *"Prestazioni odontoiatriche di Emergenza"* e *"Prestazioni odontoiatriche di Prevenzione"*;
- b) giudicate necessarie da un dentista;
- c) erogate presso un Centro odontoiatrico.

La garanzia prevede limiti, sottolimiti, Massimali ed esclusioni.

L'Assicurato può effettuare le Prestazioni di Emergenza odontoiatrica o di Prevenzione odontoiatrica sia presso le Strutture sanitarie convenzionate sia presso altri Centri odontoiatrici non appartenenti al Network Sanitario Convenzionato.

Qualora l'Assicurato scelga una Struttura sanitaria convenzionata, attivandosi preventivamente con il Servizio Clienti, lo stesso sarà gestito con la modalità di Pagamento in forma diretta. In tal caso non vi sono vincoli nella frequenza di attivazione delle Prestazioni e il Massimale è illimitato.

Invece, qualora l'Assicurato scelga un Centro odontoiatrico non appartenente al Network Sanitario Convenzionato, Cardif provvederà ad erogare la Prestazione, a cure terminate e per le spese sostenute, con modalità di Pagamento in forma rimborsuale, nel limite dell'importo indicato nella colonna *"Cure eseguite con Pagamento in forma rimborsuale"* della *"Scheda Massimali Prestazioni Dentarie"* presenti nel § 7.5 *"Schede Massimali Prestazioni Dentarie"* e fino alla concorrenza del Massimale di 1.000 euro.

La Prestazione opera con un Massimale di 1.000 euro anche in caso di Prestazioni odontoiatriche occorse mentre l'Assicurato si trova temporaneamente all'estero (per un periodo consecutivo non superiore ai 45 giorni), dovuta a Malattia improvvisa o Infortunio.

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate vengono specificate nei successivi § 9.5 *"Modalità di gestione del Sinistro"*; § 9.6 *"Come beneficiare delle Prestazioni attraverso il Network Sanitario Convenzionato"*; § 9.7 *"Come beneficiare delle Prestazioni fuori dal Network Sanitario Convenzionato"*.

7.2 Malattie preesistenti

La Prestazione opera anche per le Malattie preesistenti, indipendentemente quindi dalla data di manifestazione delle stesse, fermi i periodi di carenza, come da § 7.3 *"Termini di carenza"*.

7.3 Termini di carenza

Fermo quanto regolato dal § 1.10 *"Decorrenza della copertura assicurativa"*, le garanzie descritte nella presente Sezione, saranno operanti ed effettive:

- a) per le Prestazioni di Emergenza odontoiatrica dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- b) per le Prestazioni di Prevenzione odontoiatrica dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

Trascorso il suddetto periodo di carenza, se l'Assicurato richiederà Prestazioni causate da Malattie manifestate, secondo giudizio medico, per la prima volta durante tale periodo di carenza, le stesse saranno considerate rimborsabili.

In caso di variazioni alla presente Polizza, senza soluzione di continuità, il Termine di carenza di cui sopra opera dalla data di variazione per le maggiori somme, le diverse persone o Prestazioni assicurate.

7.4 Esclusioni

Tutte le Prestazioni non sono operanti per:

1. i trattamenti e le prestazioni odontoiatriche non effettuati da medici odontoiatri professionisti regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
2. i trattamenti e le prestazioni effettuati e/o fatturati successivamente al termine dell'efficacia delle Prestazioni;
3. tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza della Polizza o durante il periodo di carenza, salvo quanto normato al § 7.3 *"Termini di carenza"*;
4. cura o trattamento medico odontoiatrico che non corrisponde alla definizione di Emergenza odontoiatrica o Prevenzione odontoiatrica e/o non compresi nel § 7.5 *"Schede Massimali Prestazioni Dentarie"* nelle rispettive tabelle *"Prestazioni Emergenza odontoiatrica"* e *"Prestazioni Prevenzione odontoiatrica"*;
5. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
6. estrazioni di denti decidui (da latte);



7. le conseguenze di atti violenti o aggressioni in cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
8. stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'H.I.V. e a qualsiasi Malattia che abbia relazione con l'H.I.V.;
9. Interventi chirurgici che richiedano anestesia generale o sedazione totale;
10. trattamenti ortodontici, anche se associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o seguano l'Intervento chirurgico;
11. Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
12. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni;
13. il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
14. gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
15. gli Infortuni causati da azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato;
16. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato; imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
17. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
18. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eventi atmosferici ed eruzioni vulcaniche;
19. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.



7.5 Scheda Massimali Prestazioni Dentarie

Prestazioni di Emergenza odontoiatrica

Codice	Descrizione	Forma diretta	Forma rimborsuale
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	Prestazione gratuite per L'Assicurato. Il costo rimane a carico di Cardif	€ 10,00
SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)		€ 17,00
SD02	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o Endorale per due elementi vicini		€ 17,00
SD03	Radiografia per monitorare la cura iniziata		€ 13,00
SD12	Otturazione per carie semplice Cavità di I e V Classe di Black		€ 30,00
SD13	Otturazione per carie profonde Cavità di II Classe di Black due pareti		€ 53,00
SD17	Ricostruzione coronale in amalgama a più cuspidi		€ 71,00
SD18	Ricostruzione coronale in composito - colore dente		€ 90,00
SD19	Asportazione gengive o gengive in eccesso o rimodellamento gengivale		€ 109,00
SD20	Interventi di piccola chirurgia: Lembo gengivale per 4 denti		€ 184,00
SD21	Interventi di piccola chirurgia: Lembo muco gengivale per 4 denti		€ 236,00
SD22	Interventi di piccola chirurgia: chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)		€ 311,00
SD30	Estrazione semplice di dente o radice		€ 23,00
SD35	Apicectomia con Lembo (esclusa terapia canalare) e relative endorali		€ 120,00
SD37	Reinserimento di dente avulso		€ 60,00
SD47	Asportazione cisti mascellari		€ 300,00
SD48	Asportazione cisti - intervento per necrosi - osteite circos. mascellare		€ 30,00
SD49	Asportazione cisti - intervento per necrosi - osteite diffusa mascellare		€ 120,00
SD50	Asportazione cisti - Sbrigliamento - incisione adenoflemmone		€ 60,00
SD51	Eliminazione corpi estranei da cavità orale		€ 154,00
SD54	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione monocalare		€ 53,00
SD55	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione bicanalare		€ 83,00
SD56	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione tricanalare		€ 120,00
SD57	Medicazioni canalari e sedute per specificazione		€ 26,00
SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica		€ 30,00

Prestazioni di Prevenzione odontoiatrica

Ogni Anno Assicurativo possono essere indennizzate 2 prestazioni di Prevenzione odontoiatrica a scelta ed incluse nella tabella sottostante.

Le stesse devono essere effettuate contestualmente in un'unica seduta.

Codice	Descrizione	Forma diretta	Forma rimborsuale
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	Prestazione gratuite per L'Assicurato. Il costo rimane a carico di Cardif	€ 10,00
SD08	Ablazione del tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale		€ 41,00
SD11	Assorbimento del fluoro nello smalto (lucidatura); applicazioni topiche oligoelementi		€ 15,00



SEZIONE VI – Assistenza

8.1 Oggetto dell'Assicurazione

Cardif, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Sezione, mette a disposizione dell'Assicurato una serie di Prestazioni di Assistenza, consistenti in un immediato aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in una situazione di difficoltà a seguito del verificarsi di una Malattia e/o di un Infortunio. Tutte le Prestazioni sono di seguito elencate ed organizzate in quattro aree di bisogno:

- MEDICAL ASSISTANCE (vedi § 8.4)
- TEMPORARY MEDICAL CARE (vedi § 8.5)
- PERSONAL CARE (vedi § 8.6)
- FAMILY CARE (vedi § 8.7)

Tutte le Prestazioni di Assistenza sono erogate per il tramite della Struttura Organizzativa.

L'Assicurato, per richiedere le Prestazioni di Assistenza dovrà contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa con le modalità indicate dal § 9.1 "Denuncia e liquidazione dei Sinistri" e non potrà richiedere eventuali rimborsi di spese sostenute per ottenere autonomamente le Prestazioni.

8.2 Operatività delle Prestazioni

Ogni singola Prestazione, per ogni Assicurato, è fornita **fino a 3 volte per ciascun tipo per Anno Assicurativo, indipendentemente dal numero dei soggetti assicurati che le richiedono.**

8.3 Estensione territoriale

Le presenti garanzie sono valide in tutto il mondo, salvo limitazioni indicate nelle singole Prestazioni.

8.4 MEDICAL ASSISTANCE

Invio di un medico in Italia

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La Prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 sabato e domenica e nei giorni festivi, per un massimo di 3 volte per Anno Assicurativo. **La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.**

Trasferimento sanitario programmato in Italia Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di un trasferimento sanitario programmato, la Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico da parte dei propri medici e d'intesa con i medici curanti, provvederà a organizzare:

- il suo trasferimento presso l'Istituto di cura dove deve essere ricoverato;
- il suo trasferimento dall'Istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso
- il suo trasferimento alla residenza a seguito di dimissione ospedaliera.

La Struttura Organizzativa provvederà all'invio di un'autoambulanza, tenendo a carico il costo fino ad un massimale di 200 km per Sinistro. La presente Prestazione è valida per un massimo di 3 volte per Anno Assicurativo. **La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.**

Rientro sanitario

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero subisca un Infortunio o Malattia e le sue condizioni siano tali che i medici della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti sul posto o, in assenza di questi ultimi, con il medico inviato dalla Struttura Organizzativa, ritengano necessario un trasferimento in un Istituto di cura prossimo alla residenza in Italia allo scopo di assicurare una cura adeguata alle condizioni del paziente, la Struttura Organizzativa definirà le modalità del rientro e provvederà a organizzare il trasferimento del paziente con il mezzo più idoneo tra:

- aereo sanitario;
- aereo di linea (anche barellato);
- ambulanza;
- treno 1° classe/vagone letto.

Il trasferimento dell'Assicurato con aereo sanitario potrà avere luogo da tutti i paesi Europei (Europa geografica) e paesi del Bacino del Mediterraneo. Da tutti gli altri paesi il trasferimento avverrà esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato e, se necessario, con accompagnamento di personale medico e/o infermieristico. Tutti i costi di organizzazione e di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto e che lo accompagnano, sono a carico della Struttura Organizzativa.

Non danno luogo al trasferimento:

- le malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie;
- gli infortuni e le malattie che non impediscano



all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessiti di rientro sanitario e possano essere curate sul posto.

Trasporto della salma

La Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma dell'Assicurato deceduto in viaggio all'Estero a seguito di Infortunio o Malattia fino al luogo di sepoltura in Italia, in base alla residenza del deceduto, tenendo a proprio carico le spese relative al feretro sufficiente per il trasporto ed al trasporto stesso fino ad un importo massimo di € 5.000,00 (IVA Inclusa). **Sono escluse le spese relative all'eventuale recupero della salma e alla cerimonia funebre.**

Assistenza ai minori di anni 14

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, venga ricoverato in istituto di cura all'estero, e non possa essere dimesso entro 7 (giorni) dalla data del Ricovero, e qualora in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un persona di fiducia per assistere i minori di 14 anni rimasti soli durante il Ricovero, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio mettendo a disposizione un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1a classe) o se il viaggio supera le 6 (sei) ore in aereo (classe economica) e tenendo a proprio carico i relativi costi.

La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese di pernottamento in loco e prima colazione per la persona di fiducia, per una durata massima di 2 (due) notti e fino ad un importo massimo di € 300,00 (IVA Inclusa) per evento.

Assistenza ai familiari assicurati

Nel caso di ricovero ospedaliero o di Trasferimento Sanitario dell'Assicurato e qualora gli altri Assicurati intendano rimanere sul posto per assisterlo, la Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese di rientro all'Abitazione o di pernottamento in loco e prima colazione per gli Assicurati, per una durata massima di due notti e fino ad un importo massimo di € 500,00 (Iva Inclusa) per evento.

Viaggio di un familiare

In caso di Ricovero ospedaliero dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altre spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

Invio medicinali all'estero

Qualora l'Assicurato, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

La Struttura Organizzativa terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico dell'Assicurato. In alternativa la Struttura Organizzativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

Monitoraggio del ricovero ospedaliero

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La Prestazione è fornita previa autorizzazione scritta dell'Assicurato rilasciata al reparto di degenza, in conformità alla normativa sulla Privacy D.lgs. 196/2003.

8.5 TEMPORARY MEDICAL CARE (Prestazioni valide in Italia)

Assistenza infermieristica post-ricovero a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a due giorni, necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere proprio medico, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica specializzata, per un massimale di € 500,00 per Anno Assicurativo, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza.

L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della Prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

Assistenza infermieristica per familiari non autosufficienti

Qualora l'Assicurato, ricoverato in un Istituto di Cura, a seguito di infortunio o malattia, richieda l'assistenza infermieristica presso il proprio domicilio per i familiari conviventi non autosufficienti rimasti soli, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un infermiere tenendo a proprio carico le spese fino alla concorrenza



di € 500,00 per Anno Assicurativo, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza. Il personale infermieristico sarà messo a disposizione nel minor tempo possibile e compatibilmente con le oggettive situazioni locali. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della Prestazione due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di ricovero dell'Istituto di Cura.

Assistenza isoterapica post-ricovero a domicilio

In alternativa alla Prestazione "Assistenza Infermieristica post-ricovero", qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a due giorni, necessiti di assistenza fisioterapica, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico della Struttura Organizzativa, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'Istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza fisioterapica specializzata per un massimale di € 500,00 per Anno Assicurativo, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza. La Prestazione viene fornita dalle ore 8 alle ore 18, dal lunedì al venerdì.

L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della Prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

Consegna farmaci presso l'Abitazione

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, per le cure del caso, necessiti, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali. La Prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per Anno Assicurativo.

Ricerca e reperimento presidi ortopedici e supporti riabilitativi

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a due giorni, necessiti di presidi ortopedici e supporti riabilitativi (stampelle, sedia a rotelle, letto ortopedico, materasso antidecubito) e non possa allontanarsi dalla propria Abitazione per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico **curante**. Restano a carico dell'Assicurato i costi dei presidi e supporti riabilitativi. La Prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per Anno Assicurativo.

8.6 PERSONAL CARE (Prestazioni valide in Italia)

Collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a due giorni, necessiti dell'assistenza di una persona presso il suo domicilio per attendere alle normali attività di conduzione della propria Abitazione nell'arco delle prime due settimane di convalescenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione una collaboratrice familiare tenendo a proprio carico il costo fino ad un massimale di € 500,00 per un massimo di 20 giorni continuativi per sinistro. La Prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per Anno Assicurativo. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della Prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

Assistenza Familiare con Operatore Socio Sanitario a Domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, risulti non autosufficiente, e necessiti di assistenza di un Operatore Socio Sanitario presso l'Istituto di Cura presso il quale è ricoverato o post-ricovero a domicilio, la Struttura Organizzativa, accertata la condizione di non-autosufficienza, provvederà a reperire ed inviare direttamente un operatore socio-sanitario tenendo a proprio carico il costo fino ad un massimale di € 500,00 per un massimo di 20 giorni continuativi per sinistro. La Prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per Anno Assicurativo.

L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della Prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

Servizio spesa a casa

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di gravi motivi di salute (malattia, infortunio) certificati dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di effettuare la consegna presso la sua Abitazione di generi alimentari o di prima necessità, con il massimo di due buste per richiesta, massimo una volta a settimana. Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi a quanto per suo conto acquistato. La Prestazione viene fornita per un massimo di 4 volte per sinistro e per un massimo di 3 volte per Anno Assicurativo.



Consegna referti

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di gravi motivi di salute (malattia, infortunio) certificati dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di ritirare per suo conto referti di accertamenti diagnostici effettuati per poi recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.

La Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio dell'Assicurato, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.

La Prestazione è fornita con un preavviso di 48 ore per un massimo di 4 volte per sinistro e per un massimo di 3 volte per Anno Assicurativo.

Adattamento Abitazione/veicolo

Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia, infortunio, come da certificato medico comprovante il proprio stato di invalidità permanente, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio dei lavori per l'adattabilità della propria Abitazione o veicolo, la Struttura Organizzativa provvederà al rimborso delle spese sostenute fino ad un massimale di € 5.000,00 per sinistro. Qualora l'Assicurato avesse fatto richiesta degli incentivi in base a quanto stabilito dalla legge 13/89 e successive modifiche, il massimale di cui sopra si intenderà in eccedenza a quanto eventuale non riconosciuta.

8.7 FAMILY CARE (Prestazioni valide in Italia)

Invio di un pediatra (in caso di Assicurato Aggiuntivo)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un pediatra e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei pediatri convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei pediatri convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà l'invio di un medico generico o un trasporto in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La Prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 sabato e domenica e nei giorni festivi, per un massimo di 3 volte per Anno Assicurativo. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.

Invio baby sitter

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a due giorni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi dei minori di anni 12, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente una baby sitter, salvo disponibilità, tenendo a proprio carico l'onorario per un massimale di € 500,00 complessivi per sinistro. La Prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte

per Anno Assicurativo. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della Prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di cura.

Accompagnamento scuola minori

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a due giorni, si trovi nell'impossibilità di accompagnare a scuola i minori di anni 12, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente all'Abitazione dell'Assicurato un taxi tenendo a proprio carico il costo fino ad un massimo di € 200,00 complessivi per sinistro. La Prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per Anno Assicurativo. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della Prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di cura.

Custodia animali

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a due giorni, e non esistendo la possibilità di affidare i suoi animali domestici ad un familiare, sia impossibilitato ad accudire i propri animali domestici, la Struttura Organizzativa provvederà a custodirli in idonea struttura tenendo a proprio carico le spese di pensionamento fino ad un massimo di € 400,00 complessivi per sinistro e per annualità assicurativa. Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della Prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione.

8.8 LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Cardif non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'Assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

8.9 SEGRETO PROFESSIONALE

L'Assicurato libera dal segreto professionale nei confronti della Struttura Organizzativa i medici eventualmente investiti dall'esame del sinistro che lo hanno visitato prima o anche dopo il sinistro stesso.

8.10 ESTENSIONE TERRITORIALE

Salvo specifica limitazione territoriale, l'Assicurazione è valida in tutto il mondo.



8.11 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'Assicurazione Assistenza i sinistri dipendenti o provocati da:

- 1 alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 2 guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, insurrezioni, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- 3 dolo dell'Assicurato o colpa grave;
- 4 gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;
- 5 sports aerei in genere, guida ed uso di deltaplani ed altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, paracadutismo, parapendii ed assimilabili, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino
- 6 con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, arrampicata libera (free climbing), Kite-surfing, immersioni con autorespiratore, sports comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, atti di temerarietà, infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale, comunque non dilettantistiche (comprese gare, prove ed allenamenti);
- 7 malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- 8 malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi
- 9 schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;
- 10 malattie preesistenti;
- 11 espianto e/o trapianto di organi;
- 12 abuso di alcolici o psicofarmaci nonché uso di stupefacenti e di allucinogeni;
- 13 tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole Prestazioni.



NORME RELATIVE AI SINISTRI

Norme Generali sui Sinistri

9.1 Denuncia e liquidazione dei Sinistri

In caso di Sinistro, l'Assicurato o chi per esso dovrà contattare, tempestivamente o non appena ne ha la possibilità, i seguenti numeri:

numero verde 800 900 515 (dall'Italia)
numero nero +39 02 7722 4551 (dall'estero)

Attraverso tali numeri potrà:

1. denunciare un Sinistro o richiedere informazioni sullo stato di un Sinistro già denunciato, relativamente alle Sezioni - I Spese Mediche, II - Clinica Privata, III - Indennità, IV - Infortuni e V - Dental;
2. richiedere Prestazioni di Assistenza, relativamente alla Sezione VI - Assistenza;
3. ricevere informazioni sul Network Sanitario Convenzionato, nonché sulle modalità di accesso al Pagamento in forma diretta relativamente alle Sezioni - I Spese Mediche, II - Clinica Privata e V - Dental.

OPERATIVITÀ DEL SERVIZIO

1. **Sezioni - I Spese Mediche, II - Clinica Privata, III - Indennità, IV - Infortuni**
dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00
2. **Sezione VI - Assistenza 365 gg all'anno 24/24**
3. **Sezione V - Dental**
dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 19:00

I Sinistri, ad eccezione di quelli relativi alla Sezione VI - Assistenza, possono anche essere denunciati per iscritto alla Compagnia a mezzo e-mail, posta o fax ai seguenti recapiti:

Cardif c/o My Assistance
Via delle Tuberose, 14
20146 Milano
sinistri.cardif@myassistance.com
Fax 02 02 871.819.75

Ai fini della liquidazione dei Sinistri, l'Assicurato dovrà fornire a Cardif:

- Copia della carta di identità
- Copia dello Stato di Famiglia
- IBAN cui bonificare l'importo da pagare ai sensi della Prestazione interessata dal Sinistro
- La documentazione prevista dagli articoli che seguono nonché ogni altra documentazione necessaria e sufficiente a verificare il diritto all'Indennizzo

Relativamente alle garanzie di cui alle Sezioni I - Spese Mediche, II - Clinica Privata" e V - Dental, l'Assicurato ha la possibilità di richiedere il Pagamento in forma diretta oppure il Pagamento in forma rimborsuale.

9.2 Obblighi dell'Assicurato

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Cardif, fornire alla stessa ogni informazione attinente e produrre la documentazione medica del caso. Inoltre l'Assicurato e, se del caso, i suoi familiari devono consentire la visita dei medici incaricati da Cardif e qualsiasi indagine o accertamento che siano ritenuti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso. In tutti i casi la spesa relativa alla documentazione medica o referti di esami strumentali che l'Assicurato deve produrre resta a suo carico, mentre sono a carico di Cardif eventuali visite medico-legali richieste presso un proprio fiduciario e/o accertamenti da questa disposti per verificare la fondatezza delle informazioni allo stesso comunicate.

9.3 Liquidazione e pagamento dell'Indennizzo

Cardif si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 giorni dalla data di ricezione di tutta la documentazione prevista, comprese eventuali integrazioni.

Tutti i pagamenti di Cardif, effettuati a qualunque titolo, sono:

- in euro
- versati sul conto corrente dell'Assicurato a cui la prestazione è dovuta. Se l'Assicurato è un minore il versamento sarà effettuato sul conto corrente di chi esercita la potestà genitoriale del minore o ne ha la legale rappresentanza così come indicato nel modulo di polizza
- versati su un conto corrente di un Istituto di credito con sede nell'Unione Europea e, comunque, intrattenuto presso un' Agenzia che si trova in uno Stato membro dell'Unione Europea.

In nessun caso Cardif può pagare importi a cittadini o residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America o comunque i soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

9.4 Controversie e arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un collegio arbitrale composto da tre medici.

I membri del collegio arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il collegio. Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato. Ciascuna



delle parti sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo arbitro ed è esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del collegio arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin da 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. Resta comunque fermo il diritto delle parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.



9.5 Modalità di gestione del Sinistro

Per le Prestazioni di cui alle Sezioni I - Spese Mediche, II - Clinica Privata e V - Dental:

- a. Cardiff offre all'Assicurato la possibilità di accedere a Istituti di cura, Centri medici, Centri odontoiatrici, medici specialisti, medici odontoiatrici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato), avendo stipulato specifiche convenzioni, beneficiando così delle Prestazioni delle presenti Sezioni utilizzando tali strutture mediante il Pagamento in forma diretta delle medesime, così come previsto al successivo § 9.6 "**Come beneficiare delle Prestazioni attraverso il Network Sanitario Convenzionato**".

Con questa modalità Cardiff si accolla direttamente i costi delle Prestazioni entro i Massimali assicurati, senza anticipo da parte dell'Assicurato stesso. L'Assicurato sarà tenuto a pagare esclusivamente eventuali Franchigie, Scoperti o somme eccedenti i Massimali assicurati. Gli Istituti di cura, i Centri medici, i medici specialisti, i Centri odontoiatrici ed i medici odontoiatrici appartenenti al Network Sanitario Convenzionato, sono disponibili per le relative Sezioni di competenza:

- all'interno dell'Area Clienti del sito www.myassistance.it
- sul sito www.sigmadental.it
- all'interno dell' App per smartphone "UNICA BNL"

- b. L'Assicurato può richiedere il tradizionale Pagamento in forma rimborsuale con il quale la Compagnia rimborsa, nei termini di Polizza, le spese sostenute dall'Assicurato.

Si evidenziano i seguenti casi:

1. In caso di spese sostenute nei giorni precedenti il Ricovero, Day Hospital, Intervento chirurgico ambulatoriale, Parto cesareo, Aborto spontaneo o Aborto terapeutico, Parto fisiologico, queste, se previste dalle specifiche Prestazioni, saranno ritenute indennizzabili solo se afferenti la relativa pratica medica sopraccitata, secondo comprovata evidenza medica. Diversamente saranno considerate quali Prestazioni extraospedaliere indennizzabili ai sensi della Prestazione di cui al § 2.3 "**Prestazioni extraospedaliere**" qualora operante.
2. In caso di comprovata Malattia improvvisa o comprovato Infortunio occorso all'Assicurato mentre si trova temporaneamente all'estero (per un periodo consecutivo non superiore ai 45 giorni), il rimborso delle spese è effettuato nella misura prevista per il Pagamento in forma diretta anche qualora siano utilizzati strutture e/o professionisti sanitari non appartenenti al Network Sanitario Convenzionato.

L'Assicurato dovrà però provvedere personalmente al pagamento delle spese sostenute, richiedendo il rimborso secondo le procedure previste dal § 9.7

"Come beneficiare delle Prestazioni fuori dal Network Sanitario Convenzionato", ma queste saranno poi

indennizzate secondo i limiti di Polizza previsti per il Pagamento in forma diretta. I rimborsi saranno eseguiti in Italia, al rientro dell'Assicurato, e in euro, applicando il cambio, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea, del giorno in cui la spesa è stata sostenuta.

3. In caso di Prestazioni relative alla Sezione V - Dental, sarà richiesto all'Assicurato di sottoscrivere la "Scheda Anamnestica" in occasione della prima attivazione della Polizza e, in caso di Pagamento in forma rimborsuale, il "Modulo di rimborso" compilato e controfirmato dal medico odontoiatra. Tali moduli possono essere trasmessi dal Servizio Clienti all'Assicurato o, su richiesta di quest'ultimo, direttamente al medico odontoiatra. In caso di cure odontoiatriche rese necessarie da Infortunio, tale Infortunio dovrà essere oggettivamente documentato tramite certificazione di Pronto Soccorso o ortopantomografia o ogni altro esito di esame clinico strumentale che documenti oggettivamente l'Infortunio. Le relative cure odontoiatriche dovranno essere congrue con le lesioni subite.

Il Contraente e gli Assicurati sono pienamente consapevoli di quanto segue e concordano che:

1. **Cardif non ha alcuna responsabilità per le Prestazioni sanitarie e per ogni servizio fornito dal Network Sanitario Convenzionato e che, per qualsiasi controversia relativa a tali Prestazioni e servizi, dovranno rivolgersi esclusivamente agli Istituti di cura, Centri medici, Centri odontoiatrici, medici specialisti, medici odontoiatrici, in quanto unici responsabili;**
2. l'accesso alle Prestazioni del Network Sanitario Convenzionato avviene su libera scelta dell'Assicurato, potendo lo stesso optare per l'erogazione delle Prestazioni con Pagamento in forma rimborsuale;
3. eventuali modifiche del Network Sanitario Convenzionato, cessazione o variazione dei termini di convenzionamento, non possono essere invocate come motivo di anticipata risoluzione della Polizza;
4. le Prestazioni in caso di Pagamento in forma diretta e in caso di Pagamento in forma rimborsuale, possono differire per Massimali, limiti di Indennizzo, Scoperti o Franchigie. Per il dettaglio occorre fare riferimento ai relativi punti che dettagliano tali importi o alle Schede di cui ai § 2.4 "**Scheda di riepilogo Sezione I - Ricovero in regime SSN ed extraospedaliere**", § 3.4 "**Scheda di riepilogo Sezione II - Ricovero in Clinica privata**" e § 7.5 "**Scheda Massimali Prestazioni Dentarie**" delle presenti Condizioni di Assicurazione.



9.6 Come beneficiare delle Prestazioni attraverso il Network Sanitario Convenzionato

Per accedere alle Prestazioni con Pagamento in forma diretta, con erogazione quindi delle Prestazioni sanitarie da parte del Network Sanitario Convenzionato, **L'Assicurato deve sempre preventivamente contattare il Servizio Clienti come indicato al § 9.1 "Denuncia e liquidazione dei Sinistri"** inviando la seguente documentazione:

1. nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la Prestazione;
2. patologia accertata o presunta;
3. data d'insorgenza della patologia o dei disturbi che rendono necessarie le Prestazioni;
4. tipo di Prestazione da eseguire (es. vista ortopedica, ecografia addome completo etc.) in caso di Prestazioni extraospedaliere;
5. regime in cui verrà eseguita la Prestazione (es. Ricovero, Day Hospital, Intervento chirurgico ambulatoriale):
 - se con Intervento chirurgico: dovrà essere riportato l'intervento chirurgico da eseguire oppure;
 - se senza Intervento chirurgico, dovrà essere riportato l'iter diagnostico e terapeutico;
 - per i soli Interventi chirurgici ambulatoriali di asportazione, dovrà essere specificato il tipo di lesione, la sede e le dimensioni;
6. referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio, in caso di Prestazione resa necessaria da Infortunio.
La Struttura operativa si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario, ai fini della valutazione dell'autorizzazione alla prestazione diretta.

Il Servizio Clienti, non oltre il giorno lavorativo successivo alla richiesta, provvede alla prenotazione delle Prestazioni scelte dall'Assicurato all'interno del Network Sanitario Convenzionato. L'Assicurato, recatosi presso l'Istituto di cura o Centro medico o Centro odontoiatrico, all'atto dell'accettazione compilerà una "richiesta di Prestazione", che dovrà indicare i motivi della prestazione sanitaria richiesta. Tale documento costituisce a tutti gli effetti la denuncia di Sinistro. La presa in carico del Sinistro comporta il pagamento di fatture e ricevute (fiscalmente regolari) emesse da soggetti o enti appartenenti al Network Sanitario Convenzionato nei termini di Polizza.

In caso di utilizzo di Istituti di cura e/o Medici convenzionati, è obbligatorio attivare il Pagamento in forma diretta contattando preventivamente il Servizio Clienti.

Qualora l'Assicurato decida di usufruire di strutture e/o professionisti sanitari appartenenti al Network Sanitario Convenzionato senza contattare preventivamente il Servizio Clienti sarà integralmente applicato quanto disposto dal § 9.7 "Come beneficiare delle Prestazioni fuori dal Network Sanitario Convenzionato".

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di autorizzazione al Pagamento in forma diretta qualora si dovesse accertare successivamente la non validità della Polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, la Struttura Operativa ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Struttura Operativa stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di cura, se già saldate dalla Struttura Operativa alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, la Struttura Operativa si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

9.7 Come beneficiare delle Prestazioni fuori dal Network Sanitario Convenzionato

L'Assicurato che si è rivolto a Istituti di cura, Centri medici, Centri odontoiatrici, strutture sanitarie, medici specialisti, medici odontoiatrici pagando le relative Prestazioni, per attivare le relative Prestazioni deve, entro 10 giorni dall'ultimazione del percorso di cura, comunicare a Cardif, con una delle modalità previste dal § 9.1 "Denuncia e liquidazione dei Sinistri". Con la denuncia sarà richiesta certificazione medica attestante la Malattia accertata o presunta o Infortunio, volta ad evidenziare gli elementi di indennizzabilità e l'assenza di motivi di esclusione o Termini di carenza che dovrà essere completa di:

1. copia delle fatture o note di spesa valide ai fini fiscali e quietanzate;
2. Cartella clinica completa con scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
3. dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale. Per i soli Interventi chirurgici ambulatoriali di asportazione dovrà essere specificato il tipo di lesione, la sede e le dimensioni, allegando eventuale esame istologico;
4. certificato medico / prescrizione medica attestante:
 - a. tipo di prestazione (es. vista ortopedica, ecografia addome completo etc.) in caso di prestazioni extraospedaliere;



- b. la patologia accertata o presunta, data d'insorgenza della stessa o dei disturbi che rendono necessarie le prestazioni, sia in caso di prestazioni ospedaliere che extraospedaliere;
- 5. in caso di prestazione resa necessaria da Infortunio, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio.

La Struttura Operativa si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario, ai fini della valutazione del rimborso.

Una volta definito il Sinistro e completati i controlli di natura amministrativa e medica, Cardif provvede alla liquidazione della richiesta di rimborso.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

Cardif in caso di Pagamenti in forma rimborsuale all'Assicurato, che successivamente dovessero risultare non dovuti ai sensi di legge o di Polizza, si riserva il diritto di rivalersi nei confronti dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà restituire alla Società, secondo le modalità che le stessa comunicherà quando non dovuto ai sensi di Polizza.

9.8 Come beneficiare delle Prestazioni presso un Istituto di cura convenzionato e medici specialisti non convenzionati

Se l'Assicurato si avvale di un Istituto di cura o di un Centro medico appartenente al Network Sanitario Convenzionato, secondo quanto disciplinato dal § 9.5 "**Modalità di gestione del Sinistro**" punto a. e di medici specialisti non convenzionati, come dal § 9.5 "**Modalità di gestione del Sinistro**" punto b., **Cardif non provvederà al Pagamento in forma diretta, ma rimborserà successivamente all'Assicurato le spese indennizzabili ai termini di Polizza, secondo quanto previsto al § 9.7 "Come beneficiare delle Prestazioni fuori dal Network Sanitario Convenzionato".** **Il presente articolo non trova applicazione relativamente alla Sezione V – Dental.**



Norme sui Sinistri della Sezione III - Indennità

9.9 L'Assicurato, al fine di richiedere la Prestazione di cui alla Sezione III - Indennità, dovrà presentare, con le modalità previste dal § 9.1 "*Denuncia e liquidazione dei Sinistri*", la documentazione sanitaria comprovante il Ricovero con Intervento chirurgico, il Day Surgery, o l'Intervento chirurgico ambulatoriale, quali la lettera di dimissione o scheda di dimissione ospedaliera e la copia della Cartella clinica completa di scheda di dimissioni ospedaliere o relazione dettagliata dell'Intervento ambulatoriale, affinché si possa determinare la classe, di cui all'Allegato 1 "*Classificazione degli Interventi chirurgici in classi*", cui attribuire l'Intervento chirurgico, secondo la natura dello stesso, la patologia o la procedura chirurgica utilizzata.

Norme sui Sinistri della Sezione IV - Infortuni

9.10 L'Assicurato, al fine di richiedere la Prestazione di cui alla Sezione IV - Infortuni, dovrà presentare, con le modalità previste dal § 9.1 "*Denuncia e liquidazione dei Sinistri*", una denuncia di Sinistro indicante: il luogo, il giorno e l'ora dell'Infortunio, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni ed eventuale certificazione di Pronto Soccorso rilasciata entro 48 ore dall'Evento, nonché dalla copia dell'eventuale Cartella clinica o dell'eventuale verbale rilasciato dalle Autorità intervenute sul luogo dell'incidente.

Il decorso dovrà essere documentato con continuità da ulteriori certificati medici, fino a guarigione avvenuta, documentata da certificato medico che attesti la stabilizzazione dei postumi invalidanti ed il grado di Invalidità Permanente derivante e determinato secondo le regole di cui al § 6.2 "*Invalidità Permanente da Infortunio*", emesso dagli enti preposti (INAIL, INPS)

o da un medico legale o del lavoro. Non sarà ritenuta valida documentazione rilasciata da un medico di medicina generale.

La percentuale di Invalidità Permanente sarà valutata solo a postumi stabilizzati. Qualora avvenga il decesso dell'Assicurato prima di tale stabilizzazione, per causa diversa da quella che ne ha determinato l'Invalidità Permanente, gli eredi acquisiranno il diritto all'Indennizzo nella misura in cui, dalla idonea documentazione sanitaria disponibile a tale data, sia oggettivamente determinabile l'indennizzabilità a termini di Polizza del Sinistro e il prevedibile grado di Invalidità Permanente che sarebbe residuo a stabilizzazione avvenuta dei postumi secondo le regole contrattualmente definite.

Norme sui Sinistri della Sezione VI - Assistenza

9.11 L'Assicurato, al fine di richiedere una qualsiasi delle Prestazioni di cui alla Sezione VI - Assistenza, dovrà contattare direttamente la Struttura Organizzativa ai seguenti recapiti:

numero verde 800 900 515 (dall'Italia)
+39 02 7722 4551 (dall'estero)

L'Assicurato, non potrà richiedere eventuali rimborsi di spese sostenute per ottenere autonomamente le Prestazioni, salvo il caso di oggettiva e comprovata impossibilità da parte di Cardif nell'erogazione diretta della Prestazione, la quale, comunque preventivamente contattata dall'Assicurato prima che lo stesso abbia preso qualsiasi iniziativa personale, lo abbia autorizzato in tal senso. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la decadenza al diritto alle Prestazioni ai sensi dell'art. 1915 Codice Civile, anche nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato per qualsiasi motivo a contattare la Struttura Organizzativa.



Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento di Polizza UNICA BNL

GARANZIA "SPESE MEDICHE" – RICOVERO NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

INDENNITÀ SOSTITUTIVA SSN

Anna, Assicurata con la Polizza UNICA BNL, ha 35 anni e le viene diagnosticata la calcolosi renale

A seguito della diagnosi viene ricoverata nel SSN per **2 giorni, escluso quello delle dimissioni**.
La Polizza UNICA BNL riconosce un'**indennità giornaliera pari ad 80 euro**.
Anna riceverà quindi un'**indennità pari a 160 euro (80 euro x 2 giorni)**.

GARANZIA "CLINICA PRIVATA" – RICOVERO IN CLINICA PRIVATA

MASSIMALE 250.000 EURO

Giulio, Assicurato con la Polizza UNICA BNL, ha 54 anni e a causa dell'insorgenza di un tumore ai polmoni necessita di un intervento chirurgico.

PRESSO IL NETWORK - CON PAGAMENTO IN FORMA DIRETTA

Giulio, che viene ricoverato per un intervento chirurgico presso una Clinica convenzionata e richiede l'autorizzazione al Pagamento diretto non sosterrà alcun costo, fatta eccezione di eventuali spese non rimborsabili dalla Polizza UNICA BNL.

FUORI NETWORK - CON PAGAMENTO IN FORMA RIMBORSUALE

Giulio, che viene ricoverato per un intervento chirurgico presso una Clinica non Convenzionata dovrà anticipare il costo del ricovero, e successivamente, riceverà il rimborso di quanto speso con scoperto 20% e minimo euro 1.000. Ad es:
Costo intervento: euro 20.000
Scoperto: euro 4.000 (supera il minimo richiesto di euro 1.000)
Rimborso di Giulio: euro 16.000

GARANZIA "INDENNITÀ" – RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

INTERVENTO CLASSE I INDENNIZZO EURO 1.000

Giovanni, Assicurato con la Polizza UNICA BNL, ha 34 anni e viene ricoverato d'urgenza per appendicite, necessita di un intervento chirurgico.

L'intervento di Giovanni, appendicectomia con peritonite diffusa, che rientra nella classe I dell'Allegato 1 delle Condizioni di Assicurazione, dà diritto a ricevere il pagamento di un **Indennizzo pari a euro 1.000**

GARANZIA "INFORTUNI" – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

SOMMA ASSICURATA - EURO 100.000

Camilla subisce un infortunio al menisco che le provoca un'invalidità permanente di grado pari al 41%.

Camilla riceverà un Indennizzo pari al 43% della Somma Assicurata di euro 100.000
Indennizzo di Camilla: euro 43.000

GARANZIA "DENTAL" – EMERGENZA ODONTOIATRICA

Giovanni, Assicurato con la Polizza UNICA BNL, ha 54 anni e a causa di un improvviso ascesso necessita di un'estrazione del dente.

PRESSO IL NETWORK - CON PAGAMENTO IN FORMA DIRETTA

Giovanni può rivolgersi ad un centro dentistico convenzionato, richiede l'autorizzazione al pagamento diretto e riceve le cure del caso gratuitamente

FUORI NETWORK - CON PAGAMENTO IN FORMA RIMBORSUALE

Giovanni può scegliere di rivolgersi al suo dentista di fiducia non convenzionato e riceverà un rimborso pari a euro 23 per l'estrazione semplice del dente. Eventuali costi aggiuntivi rimangono a carico dell'assicurato Giovanni.



Tabella di Variazione del Premio relativo alle Garanzie I - Spese Mediche e II - Clinica Privata della Polizza BNL UNICA

Il Premio delle garanzie della Sezione I - Spese Mediche e Sezione II - Clinica Privata viene adeguato, ad ogni scadenza annuale, in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato.

La seguente tabella riporta la variazione percentuale annuale dei premi mensili al lordo delle imposte.

SEZIONE I - SPESE MEDICHE				SEZIONE II - CLINICA PRIVATA			
Età al rinnovo	Variazione % Premio	Età al rinnovo	Variazione % Premio	Età al rinnovo	Variazione % Premio	Età al rinnovo	Variazione % Premio
0-10	-	43	2,24%	0-10	-	43	2,47%
11	0,00%	44	2,19%	11	44,25%	44	2,41%
12	3,83%	45	2,14%	12	7,22%	45	2,35%
13	7,06%	46	2,10%	13	13,99%	46	2,30%
14	6,59%	47	2,05%	14	12,27%	47	2,24%
15	6,18%	48	3,25%	15	10,93%	48	3,17%
16	5,82%	49	3,15%	16	9,85%	49	3,07%
17	5,50%	50	3,05%	17	8,97%	50	2,98%
18	7,14%	51	2,96%	18	11,08%	51	2,90%
19	6,67%	52	2,87%	19	9,97%	52	2,81%
20	6,25%	53	4,05%	20	9,07%	53	4,75%
21	5,88%	54	3,89%	21	8,31%	54	4,53%
22	5,55%	55	3,75%	22	7,68%	55	4,33%
23	3,55%	56	3,61%	23	8,33%	56	4,15%
24	3,43%	57	3,49%	24	7,69%	57	3,99%
25	3,31%	58	4,73%	25	7,14%	58	7,36%
26	3,21%	59	4,52%	26	6,66%	59	6,86%
27	3,11%	60	4,32%	27	6,25%	60	6,42%
28	5,46%	61	4,14%	28	9,54%	61	6,03%
29	5,18 %	62	3,98%	29	8,71%	62	5,69%
30	4,92%	63	4,41%	30	8,01%	63	8,78%
31	4,69%	64	4,23%	31	7,42%	64	8,07%
32	4,48%	65	4,06%	32	6,91%	65	7,47%
33	1,76%	66	3,90%	33	3,08%	66	6,95%
34	1,73%	67	3,75%	34	2,99%	67	6,50%
35	1,70%	68	1,24%	35	2,90%	68	5,58%
36	1,68%	69	1,22%	36	2,82%	69	5,28%
37	1,65%	70	1,21%	37	2,74%	70	5,02%
38	1,47%	71	1,19%	38	0,48%	71	4,78%
39	1,45%	72	1,18%	39	0,48%	72	4,56%
40	1,43%	73	-0,14%	40	0,48%	73	6,81%
41	1,41%	74	-0,14%	41	0,47%	74	6,38%
42	1,39%		2,24%	42	0,47%		2,47%



ESEMPIO 1

Assicurato:	Luigi
Garanzia acquistata:	Spese mediche (Più Assistenza)
Età all'emissione:	40 anni
Premio all'emissione:	51,55 € + 2,00 € (Assistenza)= 53,55 €
Età al rinnovo:	41 anni
Premio al rinnovo:	52,28 € + 2,00 (Assistenza) = 54,28 €
Variazione % del premio – Esclusa Assistenza:	1.41%

ESEMPIO 2

Assicurato:	Luigi
Garanzia acquistata:	Spese mediche + Clinica Privata (Più Assistenza)
Età all'emissione:	50 anni
Premio all'emissione:	€ 128,70 + 2,00 € (Assistenza)= 130,70 €
Età al rinnovo:	51 anni
Premio al rinnovo:	€ 132,47 + 2,00 € (Assistenza)= 134,47 €
Variazione % del premio – Esclusa Assistenza:	2,92%

ESEMPIO 3

Assicurati:	Luigi + Moglie + Figlio
Garanzie acquistate:	Spese mediche + Clinica Privata (Più Assistenza)
Età all'emissione dell'Assicurato Principale (Luigi):	50 anni
Età all'emissione della Moglie:	45 anni
Età all'emissione del Figlio:	15 anni
Premio all'emissione:	€ 200,15 + 4,00 € (Assistenza)= 204,15 €
Età al rinnovo dell'Assicurato Principale (Luigi):	51 anni
Età al rinnovo della Moglie:	46 anni
Età al rinnovo del Figlio:	16 anni
Premio all'emissione:	€ 206,29 + 4,00 € (Assistenza)= 210,29 €
Variazione % del premio – Esclusa Assistenza:	3,07%



ALLEGATO 1

Classificazione degli Interventi chirurgici in classi

CARDIOCHIRURGIA

Angioplastica coronarica singola	I
Bypass aorto coronarico singolo o multiplo	II
Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti	II
Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) interventi di, salvo gli interventi descritti	II
Cisti del cuore o del pericardio, asportazione di	II
Commisurotomia per stenosi mitralica	II
Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso	II
Embolectomia con Fogarty	I
Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tampomamento, interventi per	II
Fistole arterovenose del polmone, interventi per	II
Pericardiectomia parziale	I
Pericardiectomia totale	II
Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)	II
Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)	III
Trapianto cardiaco	III
Valvuloplastica chirurgica	II

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

Ablazione transcateretere	I
Angioplastica coronarica singola/multipla con o senza applicazione di Stent	I
Cateterismo destro e sinistro, e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	I
Coronarografia circolo nativo + ev. studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	I
Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateretri e programmazione elettronica del pace maker (incluso costo del pace maker)	II
Valvuloplastica cardiaca	I

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate	II
Mastectomia semplice con eventuale linfadenectomia	I
Mastectomia sottocutanea	I
Quadrantectomia con linfadenectomie associate	II
Quadrantectomia senza linfadenectomie associate	I

CHIRURGIA DELLA MANO

Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	I
Artrodesi carpale	I
Artrodesi metacarpo falangea e/o interfalangea	I
Artroplastica	I
Artroprotesi carpale	II
Artroprotesi metacarpo falangea e/o interfalangea	II
Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	I
Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	I
Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per	I
Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di Quervain, tenosinoviti	I
Osteotomie (come unico intervento)	I
Pseudoartrosi delle ossa lunghe, intervento per	I
Pseudoartrosi dello scafoide carpale, intervento per	I
Retrazioni ischemiche, intervento per	II
Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia	II
Rigidità delle dita	I
Sindromi canicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, ect.)	I
Sinovialectomia (come unico intervento)	I



Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	II
CHIRURGIA DEL COLLO	
Fistola esofago-tracheale, intervento per	II
Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplastiche benigne	I
Ghiandola sottomascellare, asportazione per tumori maligni	I
Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	I
Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	I
Linfoadenectomia sopraclaveare	I
Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle	II
Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	I
Tiroide, lobectomie	I
Tiroidectomia per gozzo intratoracico sia per via cervicale che per via sternotomica o toracotomia	II
Tiroidectomia subtotale	I
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale	II
Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale	II
Tracheotomia con tracheostomia sia d'urgenza che di elezione	I
Tubo laringo-tracheale, intervento per ferite del	I
Tumore maligno del collo, asportazione di	I
CHIRURGIA DELL'ESOFAGO	
Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	I
Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	II
Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfoadenectomia	II
Esofago, resezione parziale dell'	II
Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfoadenectomia	II
Esofagogastropastica-esofagodiagnoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)	II
Esofagostomia	I
Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica	I
Stenosi benigne dell'esofago, interventi per	II
Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale	II
CHIRURGIA DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	
Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	II
Calcolosi intraepatica, intervento per	II
Cisti o ascessi epatici da echinococco, pericistectomia	II
Colecistectomia	I
Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia	I
Colecistectomia per neoplasie non resecabili	I
Coledoco-epatico-digiuno/duodenostomia con o senza colecistectomia	II
Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)	II
Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia	I
Deconnessione azygos-portale per via addominale	II
Drenaggio bilio-digestivo intraepatico	I
Litotripsia per calcoli delle vie biliari principale ed accessoria (trattamento completo)	II
Papilla di Vater, exeresi	I
Papillostomia, per via transduodenale (come unico intervento)	I
Papillotomia, per via endoscopica	I
Resezioni epatiche maggiori	II
Resezioni epatiche minori	II
Trapianto di fegato	III
Vie biliari, interventi palliativi	II
CHIRURGIA DELL'INTESTINO	
Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	I
Appendicectomia con peritonite diffusa	I
Appendicectomia semplice	I
Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	I
Ascesso perianale, intervento per	I
By-pass gastro-intestinali o intestinali per patologie maligne	II



By-pass intestinali per il trattamento obesità patologica	II
Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per	I
Colectomia segmentaria	II
Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia	II
Colectomia totale	II
Colectomia totale con linfadenectomia	II
Colectomia con colorrafia (come unico intervento)	I
Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	I
Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)	I
Corpi estranei dal retto, estrazione per via addominale di	I
Digiunostomia (come unico intervento)	I
Diverticoli di Meckel, resezione di	I
Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	I
Emicolectomia destra con linfadenectomia	II
Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia	II
Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per	I
Emorroidi, intervento chirurgico radicale	I
Enterostomia (come unico intervento)	I
Fistola anale extrasfinterica	I
Hartmann, intervento di	II
Ileostomia (come unico intervento)	I
Incontinenza anale, intervento per	I
Intestino, resezione dell'	II
Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	I
Megacolon: colostomia	I
Mikulicz, estrinsecazione sec.	I
Polipectomia per via laparoscopica	I
Procto-colectomia totale con pouch ileale	II
Prolasso rettale, intervento transanale per	I
Prolasso rettale, per via addominale, intervento per	I
Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	I
Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia	II
Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, con linfadenectomia inguinale bilaterale	II
Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del	II
Sigma, miotomia del	II
Tumore del retto, asportazione per via sacrale di	II
Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per	II
CHIRURGIA DEL PANCREAS	
Ascessi pancreatici, drenaggio di	I
Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	II
Derivazione pancreatico-Wirsung digestive	II
Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia	II
Fistola pancreatica, intervento per	II
Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)	II
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	II
Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia	II
Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)	II
Pancreatite acuta, interventi conservativi	II
Pancreatite acuta, interventi demolitivi	II
Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	II
Splenectomia	II
Trapianto del pancreas	III
CHIRURGIA DELLA PARETE ADDOMINALE	
Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per	I
Ernia crurale strozzata	I
Ernia diaframmatica	II



Ernia epigastrica semplice, strozzata o recidiva	I
Ernia inguinale con ectopia testicolare	I
Ernia inguinale semplice, strozzata o recidiva	I
Ernia ombelicale semplice o recidiva	I
Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perineale)	I
Laparocèle, intervento per	I
Linfoadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	I
Linfoadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	I
Tumore maligno della parete addominale, asportazione di	I
CHIRURGIA DEL PERITONEO	
Ascesso del Douglas, drenaggio	I
Ascesso sub-frenico, drenaggio	I
Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi	II
Laparotomia con resezione intestinale	II
Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili	I
Laparotomia per contusioni e ferite all'addome senza lesioni di organi interni	I
Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedano exeresi	II
Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	II
Laparotomia per peritonite diffusa	I
Laparotomia per peritonite saccata	I
Laparotomia semplice (esplorativa e/o lisi aderenze)	I
Occlusione intestinale con resezione	II
Occlusione intestinale senza resezione	I
Tumore retroperitoneale, exeresi di	II
CHIRURGIA PICCOLI INTERVENTI	
Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di	I
CHIRURGIA DELLO STOMACO	
Dumping syndrome, interventi di riconversione per	II
Ernia jatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)	I
Fistola gastro-digiuno colica, intervento per	II
Gastrectomia totale con linfoadenectomia	II
Gastrectomia totale per patologia benigna	II
Gastro-enterostomia per neoplasie non resecabili	I
Gastrostomia (PEG)	I
Piloroplastica (come unico intervento)	I
Resezione gastro-duodenale	II
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	II
Vagotomia selettiva, tronculare con piloroplastica	II
Vagotomia superselettiva	II
CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE	
Condillectomia (come unico intervento)	I
Condillectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale	II
Condillectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale	I
Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle	I
Formazioni cistiche endoparotidiche, enucleoresezione di	I
Fossa pterigo-mascellare, chirurgia della	II
Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	I
Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle	I
Linfoangioma cistico del collo, intervento per	I
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare	II
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale	II
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	I
Lussazione mandibolare, terapia chirurgica per	I
Mandibola, resezione parziale per neoplasia della	II
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del	II
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	II



Meniscectomia dell'articolazione temporo-mandibolare (come unico intervento)	I
Neoformazione endossea di grandi dimensioni exeresi di	I
Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	II
Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	I
Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di	I
Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per	II
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per	I
Parotidectomia parziale o totale	II
Plastica di fistola palatina	I
Ricostruzione con innesti ossei, con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	II
Tumori benigni o misti della parotide, enucleazione di	I
CHIRURGIA PEDIATRICA	
Asportazione tumore di Wilms	II
Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene) intervento per	II
Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale	II
Neuroblastoma addominale, endotoracico o pelvico	II
Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)	II
Occlusione intestinale del neonato, con o senza resezione intestinale	II
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice	I
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva	II
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz	II
Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del	II
Retto, prolasso con operazione addominale del	II
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	
Angiomi del viso di grandi dimensioni (oltre cm. 4), intervento per	I
Innesto di nervo, di tendine, osseo o cartilagineo	I
Intervento di push-back e faringoplastica	I
Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva delle	I
Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	I
Retrazione cicatriziale delle dita con innesto, intervento per	I
Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto, intervento per	I
Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	II
Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale	I
Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea	I
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	I
Riparazione di P.S.C. con lembo fasciocutaneo	I
Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo	I
Riparazione di P.S.C. o di esiti cicatriziali mediante espansione tissutale	I
Trasferimento di lembo libero microvascolare	II
Tumori maligni profondi del viso, asportazione di	I
Tumori maligni superficiali del viso, intervento per	I
CHIRURGIA TORACO-POLMONARE	
Ascessi, interventi per	I
Bilobectomie, intervento di	II
Cisti (echinococco od altre), asportazione di	II
Decorticazione pleuro-polmonare, intervento di	II
Enfisema bolloso, trattamento chirurgico	I
Ernie diaframmatiche traumatiche	II
Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	II
Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	I
Ferite con lesioni viscerali del torace	II
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	II
Fistole esofago bronchiali, interventi di	II
Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	I
Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)	II
Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	I



Neoformazioni del diaframma	I
Neoformazioni della trachea	I
Neoplasie maligne coste e/o sterno	I
Neoplasie maligne della trachea	II
Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino	II
Pleurectomie	II
Pleuropneumectomia	II
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	I
Pneumectomia, intervento di	II
Relaxatio diaframmatica	II
Resezione bronchiale con reimpianto	II
Resezione di costa soprannumeraria	II
Resezione segmentaria o lobectomia	II
Resezioni segmentarie tipiche o atipiche	II
Sindromi stretto toracico superiore	II
Timectomia	II
Toracoplastica, primo tempo	II
Toracoplastica, secondo tempo	I
Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	I
Tracheo-broncoscopia operativa	I
Trapianto di polmone	III
CHIRURGIA VASCOLARE	
Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto	II
Aneurismi arterie distali degli arti	I
Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronco sovraortici	II
Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	II
By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale	II
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavia	II
By-pass arterie periferiche:femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo	II
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	II
Fasciotomia decompressiva	I
Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omeroale-mammaria interna-brachiale-ascellare-glutea-carotide-vertebrale-succlavia-anonima	I
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche (CHIVA)	I
Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	I
Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale	II
Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	II
Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	II
Tromboendoarteriectomia e plastica arteria femorale	II
Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	II
CHIRURGIA DERMATOLOGICA, CRIOTERAPIA, LASER	
GASTROENTEROLOGIA	
GINECOLOGIA	
Adesiolisi	I
Annessiectomia bilaterale, interventi conservativi di	II
Annessiectomia bilaterale, interventi demolitivi di	II
Annessiectomia monolaterale, interventi conservativi di	I
Annessiectomia monolaterale, interventi demolitivi di	I
Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di	I
Cisti della ghiandola del Bartolini, asportazione di	I
Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	I
Conizzazione e tracheloplastica	I
Eviscerazione pelvica	II
Fistole uterali, vescico-vaginale, retto-vaginale, intervento per	II



Incontinenza uterina, intervento per via vaginale o addominale	II
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con o senza linfadenectomia	II
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparoscopica o per via vaginale, intervento di	I
Isteropessi	I
Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per	I
Laparotomia esplorativa con linfadenectomia lombo pelvica selettiva e bioptica	II
Laparotomia per ferite e rotture dell'utero	II
Linfadenectomia laparoscopica (come unico intervento)	I
Metroplastica (come unico intervento)	I
Miomectomie per via laparoscopica e ricostruzione plastica dell'utero	I
Miomectomie per via vaginale	I
Neurectomia semplice	I
Plastica con allargamento dell'introito (compreso intervento per vaginismo)	I
Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di	I
Plastica vaginale anteriore o posteriore, intervento di	I
Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addominale o vaginale	I
Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	I
Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale	I
Salpingectomia bilaterale	I
Salpingectomia monolaterale	I
Salpingoplastica	II
Trattamento chirurgico conservativo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	II
Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina	I
Trattamento chirurgico conservativo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	I
Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	I
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	I
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	I
Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per	II
Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per	I
Vulvectomia parziale	I
Vulvectomia parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	I
Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	II
Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di	I
Vulvectomia totale	I
OSTETRICIA	
Assistenza al parto con taglio cesareo conservativo o demolitivo (comprensiva della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero)	I
Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore	II
Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica, intervento di	I
NEUROCHIRURGIA	
Anastomosi vasi intra-extra cranici	II
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per	II
Carotide endocranica, legatura della	II
Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni	II
Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolarie varie, interventi di	II
Corpo estraneo intracranico, asportazione di	II
Cranioplastica	II
Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo	II
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali o ematoma extradurale	II
Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	III
Deviazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per	II
Epilessia focale, intervento per	II



Ernia del disco dorsale o lombare	I
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica	II
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	I
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	II
Fistola liquorale	II
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	II
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	II
Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	II
Gangliectomia lombare o splancnicectomia	II
Ipfisi, intervento per via transfenoidale	II
Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali	II
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari	II
Laminectomia per tumori intramidollari	II
Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di	III
Neoplasie endorachidee, asportazione di	II
Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	II
Neurolisi (come unico intervento)	I
Neuroraffia primaria (come unico intervento)	I
Neurotomia retrogasseriana, sezione entracranica di altri nervi (come unico intervento)	II
Neurotomia semplice (come unico intervento)	I
Plastica volta cranica	II
Plesso brachiale, intervento sul	II
Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche	II
Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica (compresa eventuale plastica)	II
Simpatico cervicale: denervazione del seno catotideo, intervento sul	I
Simpatico cervicale gangliectomia, intervento sul	I
Simpatico cervicale: stelletomia, intervento sul	I
Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul	I
Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi slancnici	II
Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul	I
Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul	I
Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul	I
Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul	I
Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul	I
Simpatico lombare: splancnicectomia, intervento sul	I
Stenosi vertebrale lombare	II
Stereotassi, intervento di	II
Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici	I
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari	III
Termorizotomia del trigemino o di altri nervi cranici	I
Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare	I
Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)	I
Traumi vertebro-midollari via anteriore o posteriore, intervento per	II
Tumori orbitali, asportazione per via endocranica	III
Tumori dei nervi periferici, asportazione di	II
Tumori della base cranica, intervento per via transorale	III
Tumori orbitali, intervento per	II
OCULISTICA	
BULBO OCULARE	
Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	I
Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	II
Enucleazione con innesto protesi mobile	I
Enucleazione o exenteratio	I
Eviscerazione con impianto intraoculare	I
CONGIUNTIVA	
Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto	I



Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento	I
CORNEA	
Cheratomileusi	I
Cheratoplastica a tutto spessore	I
Cheratoplastica lamellare	I
Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	I
Epicheratoplastica	I
Odontocheratoprotesi (trattamento completo)	I
Trapianto corneale a tutto spessore	II
Trapianto corneale lamellare	II
CRISTALLINO	
Aspirazione di masse catarattose (come unico intervento)	I
Cataratta (senile, traumatica, patologica, complicata), estrazione di	I
Cataratta molle, intervento per	I
Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	I
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore	I
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento)	I
Cristallino lussato-cataratta complicata, estrazione di	I
Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala)	I
Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	I
IRIDE	
MUSCOLI	
Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento di	I
Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche)	I
Strabismo paralitico, intervento per	I
INTERVENTI PER GLAUCOMA	
Ciclodialisi	I
Goniotomia	I
Idrocicloretrazione, intervento di	I
Microchirurgia dell'angolo camerulare	I
Operazione fistolizzante	I
Trabeculectomia	I
Trabeculectomia + asportazione cataratta - intervento combinato	I
Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale - intervento combinato	II
Trabeculotomia	I
ORBITA	
Cavità orbitaria, plastica per	I
Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	I
Exenteratio orbitale	I
Operazione di Kronlein od orbitotomia	II
Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	I
PALPEBRE	
Tumori, asportazione con plastica per innesto	I
RETINA	
Diatermocoagulazione retinica per distacco	I
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	I
Vitrectomia anteriore e posteriore	II
SCLERA	
Sclerectomia (come unico intervento)	I
SOPRACCIGLIO	
TRATTAMENTI LASER	
VIE LACRIMALI	
Dicriocistorinostomia o intubazione	I
Vie lacrimali, ricostruzione	I
ORTOPEDIA - INTERVENTI CRUENTI	
Acromioplastica anteriore	I



Alluce valgo correzione di	I
Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	II
Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)	I
Amputazione medi segmenti (trattamento completo)	I
Artrodesi vertebrale per via anteriore e/o posteriore	II
Artrodesi: grandi articolazioni	I
Artroli: grandi	I
Artroplastiche con materiale biologico: grandi	II
Artroplastiche con materiale biologico: medie	I
Artroprotesi polso	II
Artroprotesi spalla, parziale	II
Artroprotesi spalla, totale	II
Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)	II
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)	II
Artroprotesi: ginocchio	II
Artroprotesi: gomito, tibiotarsica	II
Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali	I
Calcaneo stop	I
Chemonucleolisi per ernia discale	I
Cisti meniscali, asportazione di	I
Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	I
Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per	II
Costruzione di monconi cinematici	I
Disarticolazione interscapolo toracica	II
Disarticolazioni, grandi	II
Disarticolazioni, medie	II
Disarticolazioni, piccole	I
Elsmie-Trillat, intervento di	I
Emipelvectomy	II
Emipelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto	II
Epifisiodesi	I
Ernia del disco dorsale o lombare	I
Ernia del disco dorsale per via transtoracica	II
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	I
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	II
Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	I
Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di	I
Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia)	I
Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per	I
Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	I
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili (trattamento completo)	I
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili + condroabrasione (trattamento completo)	I
Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)	I
Midollo osseo, espianto di	I
Midollo osseo, trapianto di (equiparato ad intervento chirurgico)	I
Neurinomi, trattamento chirurgico di	I
Nucleoaspirazione e/o nucleolisi lombare	I
Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	I
Osteosintesi vertebrale	II
Osteosintesi: grandi segmenti	II
Osteosintesi: medi segmenti	I
Osteosintesi: piccoli segmenti	I
Osteotomia semplice o complessa (bacino, vertebrale, etc.)	I
Prelievo di trapianto osseo con innesto	I
Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	II
Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	I



Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	I
Radio distale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	II
Rimpianti di arto o suo segmento	III
Resezione articolare	I
Resezione del sacro	II
Riallineamento metatarsale	I
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale	II
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni	I
Rimozione mezzi di sintesi	I
Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione	I
Scapulopessi	I
Scoliosi, intervento per	II
Sinoviectomia grandi e medie articolazioni (come unico intervento)	II
Spalla, resezioni complete sec. Tichor-Limberg	II
Stenosi vertebrale lombare	II
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento	II
Tetto cotiloideo, ricostruzione di	II
Traslazione muscoli cuffia rotatori della spalla	I
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	II
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	I
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di	II
Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)	II
Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche di	II
ORTOPEDIA - TENDINI, MUSCOLI, FASCE	
Deformità ad asola	I
Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	I
Tenorrafia complessa	I
Tenotomia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)	I
Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	I
ORL	
FARINGE - CAVO ORALE - OROFARINGE - GHIANDOLE SALIVARI	
Neoplasie parafaringee	II
Tonsillectomia	I
Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	I
Velofaringoplastica	I
NASO E SENI PARANASALI	
Adenotonsillectomia	I
Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	I
Etmoide, svuotamento radicale bilaterale	I
Etmoide, svuotamento radicale monolaterale	I
Rinosettoplastica con innesti liberi di osso	II
Rino-Settoplastica ricostruttive o funzionali (escluse finalità estetiche). Compresa turbinotomia	I
Seni paranasali, intervento per mucocele	I
Seni paranasali, intervento radicale mono o bilaterale	II
Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale	I
Seno sfenoidale, apertura per via transnasale	II
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare conservativa con turbinotomie funzionali	II
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo o secondo grado monolaterale allargata	II
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di terzo grado monolaterale allargata	II
Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	I
Tumori maligni del naso e dei seni paranasali, asportazione di	II
ORECCHIO	
Antro-atticotomia con labirintectomia	II
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidea	II
Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidea	II
Mastoidectomia	I



Mastoidectomia radicale	II
Miringoplastica per via endoaurale	I
Miringoplastica per via retroauricolare	I
Neoplasia del padiglione, exeresi di	I
Neoplasie del condotto, exeresi di	I
Nervo vestibolare, sezione del	II
Neurinoma dell'ottavo paio asportazione di	II
Petrosectomia	II
Petrositi suppurate, trattamento delle	II
Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	II
Sacco endolinfatico, chirurgia del	II
Stapedectomia	II
Stapedotomia	II
Timpanoplastica con o senza mastoidectomia	II
Timpanoplastica secondo tempo di	I
Tumori dell'orecchio medio, asportazione di	II
LARINGE E IPOFARINGE	
Adduttori, intervento per paralisi degli	II
Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	I
Cordectomia (anche laser)	II
Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	I
Laringectomia parziale	II
Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	II
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale	II
Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	II
Laringocele	I
Laringofaringectomia totale	II
UROLOGIA	
ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA	
ENDOSCOPIA OPERATIVA	
Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	I
Collo vescicale o prostata, resezione endoscopica del	I
Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	I
Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, ect.	I
Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	I
Nefrostomia percutanea bilaterale	I
Neoformazioni ureterali, resezione endoscopica di	I
Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	I
Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVP)	I
Reflusso vescico-ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	I
Ureterocele, intervento endoscopico per	I
Wall Stent per stenosi ureterali compresa nefrostomia	II
PICCOLI INTERVENTI E DIAGNOSTICA UROLOGICA	
PROSTATA	
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)	II
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	I
RENE	
Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)	I
Cisti renale, resezione	I
Eminefrectomia	II
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale bilaterale (trattamento completo)	II
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale monolaterale (trattamento completo)	I
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale bilaterale (trattamento completo)	II
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale monolaterale (trattamento completo)	I
Lombotomia per ascessi pararenali	I
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)	II



Nefrectomia polare	II
Nefrectomia semplice	II
Nefropessi	I
Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento)	I
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	II
Nefroureterectomia radicale più trattamento per trombo cavale (compresa surrenectomia)	II
Pielocalicolitotomia (come unico intervento)	I
Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di	II
Pieloureteroplastica per stenosi del giunto	II
Surrenectomia (trattamento completo)	II
Trapianto del rene	III
URETERE	
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale bilaterale (trattamento completo)	II
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale monolaterale (trattamento completo)	I
Transuretero-uretero-anastomosi	I
Uretero-ileo-anastomosi mono o bilaterale	II
Ureterocistoneostomia bilaterale	II
Ureterocistoneostomia monolaterale	I
Ureterocutaneostomia bilaterale	II
Ureterocutaneostomia monolaterale	I
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (mono o bilaterale), intervento di	II
Ureteroileocutaneostomia non continente	II
Ureterolisi più omentoplastica	I
Ureterolitotomia lombo-iliaca	I
Ureterolitotomia pelvica	II
Ureterosigmoidostomia mono o bilaterale	II
Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell'uretra	I
Fistole uretrali	II
Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	I
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	I
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	II
Rottura traumatica dell'uretra	I
Urerectomia totale	I
Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	I
Uretroplastiche (lombi liberi o pedunculati), trattamento completo	II
Uretrostomia perineale	I
VESCICA	
Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	I
Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	II
Cistectomia parziale semplice	I
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	II
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	II
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	II
Cistopessi	I
Cistorrafia per rottura traumatica	I
Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	II
Diverticulectomia	I
Estrofia vescicale (trattamento completo)	II
Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per	I
Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento)	I
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per	II
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	II
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	II
Vescicoplastica antireflusso	II



APPARATO GENITALE MASCHILE

Deferenti, ricanalizzazione dei	I
Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia	II
Epididimectomia	I
Fistole scrotali o inguinali	I
Funicolo, detorsione del	I
Induratio penis plastica, interventi per	I
Corpi cavernosi (corporoplastiche, etc.) interventi sui	I
Orchidopessi mono o bilaterale	I
Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale	II
Orchiectomia sottocapsulare bilaterale	I
Orchiepididimectomia bilaterale con eventuali protesi	I
Orchiepididimectomia monolaterale con eventuali protesi	I
Pene, amputazione parziale del	I
Pene, amputazione totale con linfadenectomia	II
Pene, amputazione totale del	I
Posizionamento di protesi peniena	II
Priapismo (shunt), intervento per	I
Tumori del testicolo con eventuale linfadenectomia, interventi per	II
Varicocele, intervento per (anche con tecnica microchirurgica)	I



ALLEGATO 2

Tabella delle Invalidità (INAIL)

Tipologia di sinistro	Percentuale di invalidità permanente	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	
Altre menomazione della facoltà visiva (vedasi relativa tabella sottostante All.2)	-	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticaria: a) con possibilità di applicazione di protesi efficace b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio: a) per la disarticolazione scapolo-omerale b) per amputazione al terzo superiore	85%	75%
	80%	70%
Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	



Tipologia di sinistro	Percentuale di invalidità permanente	
	Destro	Sinistro
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) Quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra di più ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

Per valutare menomazioni visive ed uditive si quantifica il grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi. Per menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa. Se la lesione comporta una minorazione, anziché perdita totale, le percentuali si riducono in proporzione alla funzionalità perduta.

NOTE:

La tabella riporta l'allegato 2 al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 che costituisce il riferimento contrattuale della Polizza.



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA			
Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
5. In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

di 10/10, 9/10, 8/10	15%
di 7/10	18%
di 6/10	21%
di 5/10	24%
di 4/10	28%
di 3/10	32%
inferiore a 3/10	35%

6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

