

POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE
Mod. D 372 CG 01- ED 11/2007
DEFINIZIONI

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono il significato di seguito precisato:

ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione.
CONTRAENTE	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
FRANCHIGIA	Parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di polizza, espressa in valore assoluto, che rimane a carico dell'Assicurato.
POLIZZA	Il documento che prova l'assicurazione: si compone delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione, della scheda Mod. D 372 SK 01 e degli eventuali allegati in essa richiamati.
PREMIO	La somma dovuta dal Contraente alla Società a fronte dell'assicurazione.
SCOPERTO	Parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di polizza, espressa in valore percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
SOCIETA'	Assimoco S.p.A.
INFORTUNIO	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
MALATTIA	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
INDENNIZZO	Somma dovuta in caso di sinistro.
ISTITUTO DI CURA	Ospedale pubblico, Clinica o Casa di Cura private regolarmente autorizzate al ricovero dei malati e convenzionate o non con il Servizio Sanitario Nazionale. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
RICOVERO OSPEDALIERO	Degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento. Ai fini del computo dei giorni di ricovero si fa riferimento al numero dei pernottamenti.
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	Prestazione effettuata da personale fornito di specifico diploma.
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	Quelli di cui all'elenco allegato.
VISITA SPECIALISTICA	Visita effettuata da medico chirurgo specializzato nella particolare branca cui si riferisce la prestazione (in tal caso la specialità della prestazione sanitaria e la specializzazione del medico devono risultare da carta intestata dello specialista, oppure dalla ricevuta fiscale dallo stesso rilasciata).
STATO PATOLOGICO	ogni alterazione dello stato di salute conseguente ad infortunio o malattia.
QUESTIONARIO ANAMNESTICO	Documento che forma parte integrante del contratto/polizza, sottoscritto dal Contraente/Assicurato, necessario a descrivere lo stato di salute dell'Assicurato per determinare le condizioni di assicurabilità.
FORMA PER PERSONA	Quella dove il massimale indica la disponibilità massima di spesa rimborsabile per ogni Assicurato.
FORMA PER NUCLEO FAMILIARE	Quella dove il massimale indica la disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per tutti i soggetti assicurati.

PRESTAZIONE A - GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO**Art. 1) - Oggetto dell'assicurazione**

La Società si obbliga a risarcire all'Assicurato le spese sanitarie dovute a **Grande Intervento Chirurgico**, come elenco da allegato, nei limiti del massimale indicato in scheda di polizza e nelle forme di cui all'Art. 6, ad integrazione di quanto eventualmente fornito dal Servizio Sanitario Nazionale relativamente a:

- A) rette di degenza;
- B) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto che partecipi all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento nonché degli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate nel corso dell'intervento;
- C) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, oltre a medicinali ed esami relativi al periodo in cui il paziente è ricoverato;
- D) accertamenti di tipo diagnostico (compresi gli onorari dei medici), le analisi di laboratorio, anche se effettuati fuori dall'Istituto di Cura, **nei 90 giorni precedenti la data di inizio del ricovero o dell'intervento chirurgico se lo stesso non ha comportato il ricovero;**
- E) esami, prestazioni medico chirurgiche e infermieristiche, medicinali, nonché trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) **effettuati nei 180 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura o alla rimozione della gessatura;**
- F) in caso di trapianto di organi, le spese relative anche al donatore **nei limiti del massimale assicurato;**
- G) le spese per il trasporto dell'Assicurato, effettuato con qualsiasi mezzo idoneo di pronto soccorso **fino alla concorrenza di € 5.000,00 per anno e per sinistro;**
- H) le rette per un accompagnatore nel limite di **€ 25,00** giornalieri per **un massimo di 30 giorni per sinistro;**
- I) le spese fino a **€ 50,00** giornalieri per assistenza infermieristica specifica in Istituto di Cura, per **un massimo di 30 giorni per sinistro;**
- J) un'indennità di convalescenza giornaliera di **€ 25,00** dal giorno delle dimissioni per un periodo pari a quello della degenza **con limite di 30 giorni per sinistro.**

Le prestazioni pre e post ricovero di cui alle lettere D) ed E) sopraindicate verranno rimborsate, rispettivamente, sino alla concorrenza massima del 10% del massimale indicato in scheda di polizza.

PRESTAZIONE B - RICOVERO E/O INTERVENTO IN GENERE**Art. 2) - Oggetto dell'assicurazione**

La Società si obbliga a risarcire all'Assicurato le spese sanitarie **dovute a malattia o infortunio**, nei limiti del massimale indicato in scheda di polizza e nelle forme di cui all'Art. 6, ad integrazione di quanto eventualmente fornito dal Servizio Sanitario Nazionale, relativamente a:

- A) rette di degenza;
- B) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto che partecipi all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento nonché degli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate nel corso dell'intervento;
- C) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, oltre a medicinali ed esami relativi al periodo in cui il paziente è ricoverato;
- D) accertamenti di tipo diagnostico (compresi gli onorari dei medici), le analisi di laboratorio, anche se effettuati fuori dall'Istituto di Cura, **nei 90 giorni precedenti la data di inizio del ricovero o dell'intervento chirurgico se lo stesso non ha comportato il ricovero;**
- E) esami, prestazioni medico chirurgiche e infermieristiche, medicinali, nonché trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) **effettuati nei 90 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura o alla rimozione della gessatura;**
- F) trattamento terapeutico da qualsiasi causa determinato, praticato in regime di ricovero ai neonati nei primi **30 giorni** di vita;
- G) le spese per il trasporto dell'Assicurato, effettuato con qualsiasi mezzo idoneo di pronto soccorso **fino alla concorrenza di € 2.000,00 per anno e per sinistro;**
- H) le rette per un accompagnatore nel limite di **€ 25,00** giornalieri per **un massimo di 30 giorni per sinistro;**

- l) le spese fino a € 50,00 giornalieri per assistenza infermieristica specifica in Istituto di Cura, per un massimo di 30 giorni per sinistro;

Le prestazioni pre e post ricovero di cui alle lettere D) ed E) sopraindicate verranno rimborsate, rispettivamente, sino alla concorrenza massima del 10% del massimale indicato in scheda di polizza.

E' altresì previsto il rimborso dalle spese relative a:

- aborto terapeutico (comportante il ricovero), nonché aborto spontaneo o post-traumatico;
- parto con taglio cesareo, comportante il ricovero, fino ad un massimo di € 5.000,00 per evento;
- parto naturale fino ad un massimo di € 1.000,00 per evento.

CONDIZIONI COMUNI ALLE PRESTAZIONI A E B

Art. 3) - Diaria sostitutiva nel caso di utilizzo del SSN

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente o ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale. Se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponderà:

- A) un'indennità per ogni giorno di ricovero con pernottamento, pari al 1% (promille) della somma assicurata per persona, con il massimo, per ciascuna persona, di n. 90 pernottamenti per anno.
La prima giornata di ricovero in istituto di cura e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora di ricovero o della dimissione.
- B) un'indennità pari al 0,5% (promille) della somma assicurata per ogni giorno di ricovero in day hospital, con il massimo di 45 giorni per anno.

L'indennità sostitutiva di cui alla lettera A) se derivante da parto (naturale o con taglio cesareo) non verrà corrisposta al neonato.

Art. 4) - Assicurazione con formula franchigia

Qualora richiamato l'allegato MAL4, la Società rimborsa sino a concorrenza della somma assicurata di cui all'art. 6 le spese sostenute in proprio dall'Assicurato, al netto della franchigia indicata sull'allegato stesso.

PRESTAZIONE C - VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Art. 5) - Spese non inerenti a ricovero o intervento chirurgico

La Società di obbliga a risarcire all'Assicurato, nei limiti del massimale indicato in scheda di polizza e nelle forme di cui all'Art. 6, le spese sanitarie dovute a:

- A) visite specialistiche rese necessarie da malattia o infortunio escluse quelle odontoiatriche e ortodontiche, ed incluse le visite neurologiche (esclusi i trattamenti e le sedute di psicanalisi e le visite rese necessarie da malattie mentali, disturbi psichici in genere e comportamenti nevrotici);
- B) analisi di laboratorio nonché esami e accertamenti di tipo diagnostico e alta diagnostica se pertinenti e riferiti alla malattia o infortunio denunciati e che risultano da prescrizione del medico curante;
- C) T.A.C. dentarie, se richieste dal medico curante, che non devono essere necessarie ad effettuare cure dentarie, interventi implantologici e/o paradontici;
- D) parto naturale domiciliare se effettuato con assistenza medica, incluse le spese di natura ostetrica con il limite di € 1.000,00 per evento.

Le spese sopraindicate sono rimborsate anche nei casi di ricovero o intervento chirurgico se le prestazioni relative vengono effettuate prima o dopo i limiti temporali previsti afferenti le prestazioni pre e post ricovero di cui agli Artt. 1 e 2 lettere D) ed E).

L'Assicurazione viene prestata fino alla concorrenza del massimale indicato all'Art. 6 con le seguenti limitazioni:

- limite massimo di € 60,00 per ogni visita specialistica di cui alla lettera A);
- applicazione di uno scoperto – per ciascuna prestazione – a carico dell'Assicurato del 20% con il minimo di € 35,00 di cui alle lettere B) e C).

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture con il medesimo convenzionate saranno rimborsati integralmente i tickets relativi alle prestazioni coperte dall'assicurazione.

Art. 6) - Massimali a valere per anno assicurativo

Si intendono operanti i seguenti importi (massimali) così suddivisi:

- **Prestazione A** – Per i casi di **Grande intervento chirurgico** come da elenco allegato, la presente assicurazione viene prestata fino a concorrenza del massimale indicato in scheda di polizza per anno assicurativo e, a seconda della forma prescelta, per persona o nucleo familiare assicurato.
- **Prestazione B** – Per i casi di **Ricovero e/o intervento in genere**, la presente assicurazione viene prestata fino a concorrenza del massimale indicato in scheda di polizza per anno assicurativo e, a seconda della forma prescelta, per persona o nucleo familiare assicurato.
- **Prestazione C** – Per i casi di **Spese per visite specialistiche e assistenza diagnostica non inerenti a ricovero o intervento chirurgico**, la presente assicurazione viene prestata fino a concorrenza del massimale indicato in scheda di polizza per anno assicurativo e, a seconda della forma prescelta, per persona o nucleo familiare assicurato.

In caso di mancato ricorso al Servizio Sanitario Nazionale si applicherà il disposto dell'art. 13 lettera F.

CONDIZIONI COMUNI A TUTTE LE PRESTAZIONI**Art. 7) - Soggetti assicurati e decorrenza della copertura**

L'assicurazione è prestata a favore dei soggetti elencati in scheda di polizza.

La garanzia decorre:

- A) dal momento in cui ha effetto l'assicurazione per gli infortuni e le malattie non preesistenti;
- B) dal **181° giorno** successivo all'inizio dell'assicurazione per malattie, preesistenti e relative associazioni e conseguenze, o comunque insorte anteriormente alla stipulazione del contratto ancorché non ancora manifestate, salvo che non siano conosciute o conoscibili dall'Assicurato;
- C) dal **301° giorno** successivo all'inizio dell'assicurazione per il parto.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

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

Modifiche in corso d'anno devono essere comunicate direttamente all'Agenzia di competenza, che provvederà ad emettere nuovo contratto.

Art. 8) - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, epilessia, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei.

L'Assicurazione cessa al loro manifestarsi.

Art 9) - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni della Borsa Valori di Milano (pubblicate da Il Sole - 24 ore).

Art. 10) – Esclusioni

Sono escluse dal rimborso le seguenti spese sanitarie:

- A) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti all'ingresso in garanzia;
- B) le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- C) malattie mentali, disturbi psichici in genere inclusi i comportamenti di natura nevrotica;
- D) la correzione di difetti visivi con trattamento laser ad eccimeri;

- E) l'intervento per la deviazione del setto nasale, se non dovuto ad eventi di natura traumatica, escludendo altresì i casi di ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- F) cure/prestazioni per persone affette da infermità mentale, alcoolismo, tossicodipendenza e relative alle cause e alle conseguenze derivanti da tali infermità;
- G) fecondazione non fisiologica (assistita);
- H) atti dolosi da parte dell'Assistito, non considerando tali quelli riconducibili a imprudenze e negligenze anche in forma grave;
- I) infortuni e intossicazioni derivanti e conseguenti ad alcoolismo, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e stupefacenti (questi ultimi se non assunti a titolo farmacologico);
- J) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a livello ricreativo: sport aerei in genere, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura;
- K) aborto volontario non terapeutico;
- L) eventi di natura e finalità di tipo estetico (con esclusione degli interventi di chirurgia plastica o di carattere stomatologica ricostruttiva e resi necessari a seguito di un infortunio o patologia tumorale);
- M) protesi dentarie in ogni caso, e le cure sia dentarie sia per paradontopatie quando non siano rese necessarie da eventi riconducibili ad un infortunio;
- N) le protesi di qualsiasi altro tipo (con esclusione delle endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici) intendendo per tali a titolo puramente esemplificativo: apparecchi acustici, plantari, ecc;
- O) trattamenti sclerosanti;
- P) trattamenti fisioterapici e rieducativi, così come le cure termali, medicinali e vaccini, con l'esclusione di quanto indicato agli Artt. 1 e 2 lettera E);
- Q) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazioni dell'atomo, naturali o provocate, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radio-attivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- R) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- S) ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e simili) ancorché qualificate come cliniche o case di cura.

NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 11) – Richiesta di anticipo spese per i ricoveri in Istituti privati

Nel caso in cui la Casa di cura privata, dovesse richiedere un anticipo, l'Assicurato potrà richiederlo entro il limite del **60% della spesa** prevedibile e per un ammontare non inferiore a € **5.000,00**.

La richiesta scritta, dovrà altresì contenere le seguenti informazioni:

- A) certificazione del medico curante che ne attesti la necessità;
- B) data orientativa del ricovero e costo approssimativo della spesa globale (su carta intestata della Casa di cura).

Art. 12) - Denuncia dell'infortunio o della malattia - Obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato deve presentare denuncia di sinistro alla Società dal momento che ne ha avuto possibilità e comunque non oltre il 180° giorno dalla scadenza della polizza. La denuncia deve essere corredata della necessaria documentazione medica. In ogni caso le richieste di rimborso devono essere trasmesse entro 360 giorni dalla data di denuncia del sinistro.

La presente limitazione (360 giorni) vale anche nel caso di decesso dell'Assicurato, in tal caso saranno gli eredi che dovranno provvedere alla presentazione della necessaria documentazione.

Il superamento di tale limite temporale per la presentazione della richiesta di rimborso, comporterà il mancato riconoscimento del diritto alla liquidazione del rimborso.

L'Assicurato, i suoi familiari od i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 13) - Criteri di liquidazione

La liquidazione dei rimborsi sarà effettuata in base ai criteri ed alle modalità di seguito indicati:

A) Modulistica

Le richieste per l'ottenimento del rimborso delle spese sanitarie sostenute dovrà avvenire utilizzando unicamente l'apposito modulo (Modello Richiesta Rimborso Spese), i moduli compilati dovranno essere trasmessi direttamente all'Agenzia cui è appoggiata la polizza.

B) Modalità operative da seguire nei casi di ricovero

1. Ricovero con intervento chirurgico anche **ambulatoriale**: l'invio della documentazione completa, utilizzando l'apposito modulo per il rimborso dovrà essere inoltrato SOLO AL TERMINE DELL'EVENTO. Pertanto si dovranno riepilogare le spese, comprese quelle eventualmente sostenute nei giorni previsti in polizza per le prestazioni precedenti e posteriori l'evento di cui si richiede il rimborso.
2. Dovrà essere allegata copia della cartella clinica.
Nel caso in cui l'Assicurato avesse utilizzato strutture del SSN, e le spese di ricovero fossero rimaste totalmente a carico dello stesso l'Assicurato dovrà allegare copia della cartella clinica e il foglio dimissioni dall'Ospedale (SDO).
Nell'apposita colonna prevista dal modulo "spese di ricovero" si dovrà indicare l'importo risultante dal numero dei pernottamenti per l'indennità giornaliera prevista in polizza di cui all'art. 3.

C) In tutti i casi che non comportano ricovero

Le richieste di rimborso per i casi che non comportano il ricovero devono essere riepilogate e presentate entro i termini previsti dall'Art. 12 e per rimborsi non inferiori a € 100,00.

I giustificativi di spesa dovranno essere presentati in originale. Si consiglia di fotocopiare tutta la documentazione prima di trasmetterla per il rimborso (in caso di eventuali contestazioni o per l'utilizzo fiscale). Tutti gli originali dei giustificativi di spesa saranno restituiti contestualmente alla liquidazione del rimborso.

D) Requisiti

Le parcelle, fatture, ricevute, notule ecc., all'atto della presentazione per il rimborso devono risultare quietanzati con l'indicazione dell'avvenuto pagamento, dovranno altresì contenere tutti gli elementi richiesti/previsti dalla regolarità fiscale oltre all'indicazione di chi ha beneficiato della prestazione sanitaria.

Per le spese di carattere infermieristico si dovrà unire la richiesta del medico curante che ne attesti la necessità; non saranno riconosciute richieste di rimborso riferite a infermieri non provvisti di diploma.

Ciascun giustificativo di spesa relativa a esami clinici (Ticket inclusi) dovranno essere accompagnate da prescrizione medica (anche in fotocopia).

E) Pagamento dei rimborsi

Il pagamento verrà effettuato da parte della Società tramite bonifico bancario.

F) Liquidazione dei rimborsi

Se l'Assicurato viene ricoverato in strutture estere e non ha richiesto la partecipazione alle spese direttamente al SSN o anche nel caso in cui non abbia fornito la dichiarazione rilasciata dal SSN, si rimborseranno le spese sanitarie sostenute dall'Assicurato applicando una deduzione del 15% agli indennizzi indicati in precedenza.

Tale deduzione non si applica nei casi in cui l'intervento derivi da evento con carattere di urgenza che abbia colpito l'assicurato durante la sua permanenza temporanea all'estero.

Art. 14) - Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura di liquidazione, le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

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

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**Art. 15) - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

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

Art. 16) - Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Se non sono stati pagati i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (ai sensi dell'art.1901 C.C.)

I premi devono essere pagati alla Società.

Art. 17) - Scadenza del contratto

Il presente contratto cessa alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta per le Parti.

Sebbene il presente contratto sia stato stipulato per durata pluriennale è facoltà del Contraente di richiedere l'anticipata rescissione mediante lettera raccomandata da inviarsi almeno **30 giorni** prima della scadenza annuale della rata di premio, e ciò di anno in anno.

Art. 18) - Foro Competente

Foro competente deve intendersi quello stabilito dalle disposizioni di legge.

Art. 19) - Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società

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

Art. 20) - Imposte

Gli oneri fiscali relativi alla presente polizza e ad atti ad essa connessi sono a carico della Contraente o dell'Assicurato per le parti di rispettiva competenza.

Art. 21) - Rischio guerra all'estero

A parziale deroga dell'Art. 10 lettera R), la garanzia vale anche per i rischi derivanti da stato di guerra internazionale, guerra civile, lotta armata e insurrezione per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio di tali eventi, a condizione che l'Assicurato si trovi già nello Stato Estero nel quale gli eventi sopra descritti siano insorti;

Art. 22) - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia all'azione di rivalsa (art. 1916 C.C.) verso i parenti ed affini dell'Assicurato eventualmente responsabili del danno, salvo il caso di dolo.

Art. 23) - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 24) - Assicurazioni per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi di quanto disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 25 - Altre assicurazioni

La Società rinuncia all'obbligo da parte dell'Assicurato/Contraente di comunicare la stipulazione di altre polizze per il medesimo rischio, a condizione che non ne sia contraente, e ciò a parziale deroga dell'Art. 1910 Codice Civile. In caso di sinistro l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi delle disposizioni dell'Art. 1910 del Codice Civile.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Ai sensi di polizza per "Grandi Interventi Chirurgici" si intendono gli interventi di seguito elencati:

CRANIO E SISTEMA NERVOSO

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale.
- Operazioni per encefalo meningocele.
- Interventi per morbo di Parkinson
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.

FACCIA E BOCCA

- Trattamento chirurgico per fratture mandibolari e/o mascellare superiore.
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne.
- Interventi per neoplasie maligne della lingua.
- Interventi per neoplasie maligne del pavimento orale.
- Interventi per neoplasie maligne della faringe.
- Interventi per neoplasie maligne delle tonsille con svuotamento linfonodi del collo.
- Resezione ossa facciali per neoplasie maligne.

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.

TORACE

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento cavo ascellare per neoplasia maligna.
- Quadrantectomia con svuotamento cavo ascellare per neoplasia maligna.
- Interventi sul mediastino per neoplasia.
- Resezioni segmentarie e lobectomia polmonare.
- Pneumectomia.
- Decorticazione pleurica per neoplasie maligne.
- Interventi per fistole bronchiali.
- Asportazione del timo.

CHIRURGIA CARDIACA

- Pericardiectomia.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei nel cuore.
- Interventi per malformazioni del cuore.
- Interventi per malformazioni dei grossi vasi endotoracici.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Valvuloplastica.
- Sostituzione valvolare con protesi.
- Resezione aneurisma ventricolare.
- By-pass aorto-coronarico.
- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore.

CHIRURGIA APPARATO DIGERENTE

- Resezione segmentaria dell'esofago.
- Resezione totale esofagea.
- Collocazioni di protesi endoesofagea per via toraco-laparatomica.

- Gastrectomia totale o subtotale per neoplasia maligna.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistole gastro-digiuno-colica.
- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni.
- Resezione segmentaria intestinale:
 - resezione totale o parziale del duodeno
 - resezione totale o parziale del tenue
 - resezione ileo-cecale
 - resezione totale o parziale del colon
 - resezione totale o parziale del retto

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari

PANCREAS E MILZA

- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas:
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi del pancreas.
- Splenectomia.

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi per aneurismi dell'aorta o dei seguenti vasi arteriosi:
 - carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache.
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica.
- Interventi per stenosi od ostruzione della succlavia.
- Disostruzione by-pass aorta addominale.
- Interventi per stenosi dell'arteria renale.
- Interventi per stenosi dell'arteria mesenterica superiore.
- Interventi per stenosi dell'arteria iliaca.
- Resezione arteriosa con plastica vasale.
- By-pass arteriosi.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Artroprotesi dell'anca.
- Artroprotesi del ginocchio.
- Artroprotesi del gomito.
- Artroprotesi della spalla.
- Laminectomia per ernia discale.
- Amputazione dell'arto.

UROLOGIA

- Cistectomia totale.
- Ileocisto plastica - colicisto plastica.
- Cistectomia totale.
- Intervento per megaurettere.
- Nefroureterectomia totale.
- Prostatectomia radicale per neoplasie maligne.

APPARATO GENITALE

- Orchiectomia con linfadenectomia per neoplasie maligne.
- Isterectomia totale per neoplasia maligna.
- Vulvectomia totale.
- Ovariectomia mono o bilaterale per neoplasia maligna.

OCULISTICA

- Interventi per distacco di retina (esclusa laserterapia).
- Interventi per neoplasie maligne.
- Vitrectomia.

OTORINOLARINGOIATRIA

- Chirurgia della sordità otosclerotica.
- Timpanoplastica.
- Asportazione neurinoma dell'acustico.
- Laringectomia totale o subtotale per neoplasia maligna.

TRAPIANTI

- Tutti, quando vi sia l'intera sostituzione dell'organo interessato.
- Trapianto corneale a tutto spessore.
- Trapianto cutaneo per ustioni con interessamento di almeno il 15% della superficie corporea.