

Contratto di assicurazione per la tutela della salute

Sara checkup

Modello: 51IM **Edizione:** 10/2019

Set Informativo

Il presente Set Informativo contiene:

- DIP – Documento Informativo Precontrattuale
- DIP AGGIUNTIVO - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo
- Condizioni di Assicurazione

Modello: SINF50IM **Edizione:** 10/2019

**Pagina lasciata
intenzionalmente in bianco**

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura una persona fisica in caso di malattia.



Che cosa è assicurato?

La Società nei limiti ed alle condizioni espresse in polizza offre le seguenti coperture:

- ✓ Medicina preventiva
- ✓ Interventi chirurgici e ricoveri
- ✓ Parto naturale o cesareo
- ✓ Cure bambini fino a due anni di età
- ✓ Malattie rare bambini fino a due anni di età
- ✓ Visite specialistiche ed esami diagnostici
- ✓ Recupero da tossicodipendenza ed alcolismo
- ✓ Spese per accompagnatore
- ✓ Indennità di degenza sostitutiva
- ✓ Spese trapianto
- ✓ Acquisto protesi ortopediche ed acquisto o noleggio ausili medico chirurgici

- ✓ Assistenza (obbligatoria per almeno un assicurato)
- ✓ Indennità di degenza, convalescenza e gessatura
- ✓ Indennità permanente da malattia
- ✓ Formule (Plus, sportivo, benessere e single)



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV.



Ci sono limiti di copertura?

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- ! conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto;
- ! aborto volontario non terapeutico;
- ! intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- ! prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- ! infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, nonché all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- ! infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);
- ! suicidio e tentato suicidio;
- ! infortuni derivanti: dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura), dalla lotta nelle sue varie forme, dalle arti marziali, dalla speleologia, dall'alpinismo, dallo sci estremo, dalle immersioni subacquee con autorespiratore;
- ! terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- ! cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- ! cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza.
- ! prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza);
- ! cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti.
- ! le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere
- ! ricoveri allo scopo di effettuare checkup clinici salvo quanto previsto al Cap.1
- ! le cure dentarie o delle parodontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatisi successivamente alla stipulazione del contratto, sono escluse in ogni caso le protesi dentarie
- ! malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza
- ! ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento.
- ! conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti
- ! conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.



Dove vale la copertura?

L'assicurazione è valida per tutto il mondo, fermo restando che gli indennizzi vengono liquidati in Italia ed in valuta avente corso legale in Italia.



Che obblighi ho?

Stipula contratto - In sede di conclusione del contratto le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c..

Corso di contratto - Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 c.c.

Altre assicurazioni - Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 c.c..

Se l'assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al rilascio della polizza.

Il premio di polizza è annuale o frazionabile: in rate semestrali, con applicazione di un aumento del 4%, o mensilmente (solo in caso di pagamento mediante utilizzo del SDD – Sepa Direct Debit) con applicazione di un aumento del 5%.

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento: a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati a Sara assicurazioni spa, oppure intestati all'Agente della Sara Assicurazioni espressamente in tale qualità; b) ordini di bonifico che abbiano quale beneficiario l'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità; c) denaro contante per premi di importo entro il limite previsto dalla vigente normativa; d) utilizzo del SDD; e) mezzo di pagamento elettronico ove disponibile.

Il contratto prevede l'adeguamento automatico (Indicizzazione) delle somme assicurate, del premio nonché dei massimi indennizzi e dei limiti di garanzia, se espressi in cifra assoluta. Tale disposto non è operante per la garanzia assistenza. Il contratto prevede la garanzia malattia, per la quale il relativo premio è soggetto all'imposta di assicurazione secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore.



Quando inizia la copertura e quando finisce?

La garanzia decorre:

a) per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione; b) per le malattie: dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione; c) per il parto: dal 270° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione; d) per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione: dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante, con il termine di aspettativa di 30giorni, soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Fermo quanto sopra riportato l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quella della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 c.c..

Il contratto prevede il tacito rinnovo alla scadenza.

Il contratto ha una durata annuale o poliennale fino ad un massimo di 5 anni.

In caso di sostituzione nel corso dei durata poliennale, il nuovo contratto avrà una durata pari alla durata residua del contratto originale. Il contratto se poliennale non è rescindibile per la durata contrattuale pattuita, secondo quanto previsto dall'art. 1899 c.c., a fronte di una riduzione del premio di tariffa per un importo pari a quanto previsto in polizza.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle parti mediante lettera raccomandata, entro il termine di almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, c.c..

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Assicurato può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato.

La Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa la periodo di rischio non corso.

Il presente prodotto non prevede il recesso per sinistro da parte della Società.

Assicurazione Salute

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

Impresa: Sara Assicurazioni Spa



Prodotto: Sara Check up

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 01/01/2019 ultima versione disponibile.

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

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

Sara Assicurazioni Spa, assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club di Italia, Capogruppo del gruppo assicurativo SARA, con sede legale in Italia in Via Po n° 20, 00198 ROMA, è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con DMICA del 26/8/1925 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 201 del 31/8/1925. Iscrizione all'Albo delle imprese assicurative n° 1.00018. Società del Gruppo ACI. Tel. +39 06 8475.1 - FAX +39 06 8475223 - Sito Internet: www.sara.it - Indirizzo e-mail: info@sara.it - PEC: saraassicurazioni@sara.telecompost.it

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono dati inerenti l'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2018

- Patrimonio netto: euro **632.781.975**
- Capitale sociale : euro **54.765.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **516.196.559**

Le informazioni che seguono sono dati inerenti la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa (www.sara.it)

- Requisito patrimoniale di Solvibilità: euro **248.484.929,25**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **111.818.218,16**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **751.274.498,12**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **3,00** (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Medicina preventiva	<p>A.1) Checkup Entro il termine della seconda annualità del contratto la Società offre all'Assicurato la possibilità di effettuare gratuitamente un checkup presso i Centri convenzionati, anche in assenza di alterazioni morbose.</p> <p>A.2) Programma Mantenimento Salute L'Assicurato dopo aver eseguito il checkup di cui al punto precedente, può partecipare ad un programma personalizzato e mirato al mantenimento dello stato di salute, tramite la prevenzione e la diagnosi precoce. L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Interventi chirurgici e ricoveri	<p>La Società in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, di intervento chirurgico anche in assenza di ricovero, di ricovero in day hospital senza intervento chirurgico resi necessari da malattia o da infortunio che risultino in garanzia a termini di polizza o in caso di malattia oncologica, provvede ad indennizzare le spese sostenute dall'assicurato in base alle condizioni previste in polizza.</p> <p>L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Parto naturale e cesareo	<p>La Società in caso di parto, naturale o cesareo, che risulti in garanzia a termini di polizza, provvede all'indennizzo delle spese inerenti il parto in base alle condizioni previste in polizza.</p> <p>Sono inoltre prestate le garanzie cure bambini fino a due anni di età' e malattie rare bambini fino a due anni di età'.</p> <p>L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>

Visite specialistiche ed esami diagnostici	<p>La Società in caso di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di polizza, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede all'indennizzo delle spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici sostenute dall'assicurato.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Altre garanzie	<p>La Società, in aggiunta alle garanzie principali, presta le seguenti garanzie: recupero da tossicodipendenza ed alcolismo, spese per accompagnatore, indennità di degenza sostitutiva, spese trapianto e acquisto protesi ortopediche ed acquisto o noleggio ausili medico chirurgici.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Assistenza	<p>Attraverso la centrale operativa assistenza la società fornisce le seguenti prestazioni: prelievo campioni al domicilio, invio medicinali od articoli sanitari al domicilio, assistenza pediatrica per il figlio assicurato, assistenza cardiologica al domicilio, trasporto in autoambulanza, autista per riportare il veicolo dell'assicurato alla città di residenza, informazioni cliniche sul paziente, trasmissione messaggi urgenti, trasferimento in centri specializzati, rimpatrio sanitario, viaggio di un familiare per raggiungere l'assicurato ricoverato, rimpatrio della salma, invio di somme di denaro per spese mediche all'estero, recapito medicinali all'estero, interprete all'estero e rientro dei figli minori.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Garanzie aggiuntive	<p>Sono presenti le seguenti garanzie aggiuntive: indennità di degenza, convalescenza e gessatura, day hospital, ricovero del coniuge non assicurato, maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio che determini una invalidità permanente grave, indennità di degenza per donatore, indennità per accompagnatore.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Formule	<p>Sono presenti 4 formule: Plus, Sportivo, Benessere e Single.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



Che cosa NON è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



Ci sono limiti di copertura?

Interventi chirurgici e ricoveri

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE PRESTATE

a) La Società in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, o di intervento chirurgico anche in assenza di ricovero, reso necessario da malattia o da infortunio che risultino in garanzia a termini di polizza, provvede ad indennizzare le seguenti spese inerenti al ricovero od all'intervento chirurgico (nei limiti espressamente previsti):

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante, attivo e necessario, all'intervento;
- apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, relativamente al periodo del ricovero;
- rette di degenza.

b) La Società provvede inoltre, nei casi di cui al precedente punto a), al rimborso delle spese, inerenti all'intervento chirurgico od al ricovero, sostenute dall'Assicurato (nei limiti espressamente previsti) per:

- nei 120 giorni precedenti all'intervento chirurgico od alla data di inizio del ricovero:

- esami diagnostici e visite specialistiche;
- trasporto in autoambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, per un costo massimo di € € 300 per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato ad € 6.000 se il trasporto avviene in eliambulanza (tale importo è Previsto solo per questa prestazione).



Ci sono limiti di copertura?

Interventi chirurgici e ricoveri

- nei 120 giorni successivi all'intervento chirurgico od alla data di termine del ricovero:

- fisioterapia e trattamenti rieducativi;
- cure termali (escluse spese alberghiere);
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche;
- esami diagnostici e visite specialistiche;
- medicinali.

c) In caso di ricovero in day hospital, senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, la polizza è operante unicamente per le spese relative agli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e le rette di degenza riguardanti il periodo di ricovero, nonché al rimborso delle spese di trasporto in ambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, regolate come da punto b) del presente articolo.

d) Sono compresi in copertura con le stesse garanzie e modalità di cui ai precedenti punti a) e b) gli interventi chirurgici per l'eliminazione di ernie purché indennizzabili a termini di polizza, con il limite massimo di indennizzo di € 10.000.

e) sono comprese in garanzia, con le stesse modalità di cui ai precedenti punti a) b) le cure dentarie o delle parodontopatie soltanto se conseguenti ad infortunio documentato, verificatosi successivamente alla stipula della polizza, con esclusione delle spese per protesi.

f) Sono comprese in garanzia, con le stesse modalità di cui ai precedenti punti a) e b) , le spese per chirurgia plastica e stomatologica ricostruttiva rese necessarie da infortunio documentato o da neoplasie maligne, indennizzabili a termini di polizza.

g) In caso di malattia oncologica l'impresa rimborsa entro il limite di € 15.000 per persona ed annualità assicurativa:

- le spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici che abbiano confermato la malattia oncologica, anche se non seguiti da ricovero;

-in presenza di ricovero, anche in day hospital , le spese per visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla malattia oncologica nei due anni successivi alla data di cessazione del primo ricovero relativo alla malattia stessa;

- in presenza di ricovero, le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione entro il sottolimito per anno assicurativo di € 6.000.

Per i farmaci ad uso antitumorale, ove prescrivibili dal Servizio Sanitario Nazionale, verrà rimborsato l'eventuale ticket.

FORMULA PLATINUM

INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI EFFETTUATI NEI CENTRI CONVENZIONATI - La Società provvede al "pagamento diretto" al Centro Convenzionato delle spese previste all'art 2.1 "Garanzie" di "Interventi chirurgici e ricoveri", lett. a) e c) ed al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lettera b

INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI EFFETTUATI IN ISTITUTI DI CURA PUBBLICI O PRIVATI NON CONVENZIONATI - La Società provvede al rimborso delle spese previste alla lettera a) e c) delle Garanzie prestate' con applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo non indennizzabile di € 1.500 ed un massimo non indennizzabile di € 5.000 ed al rimborso delle spese previste alla lett. b).

INTERVENTI IN CENTRO CONVENZIONATO CON MEDICI DI FIDUCIA DELL'ASSICURATO, NON CONVENZIONATI - Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desideri utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) delle Garanzie prestate' nei seguenti termini:

- la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato ed a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia con applicazione di uno scoperto del 10% e con il massimo non indennizzabile di € 5.000;

- la società provvede al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) delle Garanzie prestate', fossero già stati indennizzati a termini della garanzia "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

FORMULA GOLD

INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI EFFETTUATI NEI CENTRI CONVENZIONATI - La Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese previste alla lettera a) e c) delle Garanzie prestate' previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.000 ed al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

INTERVENTI CHIRURGICI ED I RICOVERI EFFETTUATI IN ISTITUTI DI CURA PUBBLICI O PRIVATI NON CONVENZIONATI -La Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese previste alla lettera a) e c) delle Garanzie prestate', con applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 2.500 ed un massimo non indennizzabile di € 5.000 ed al rimborso delle spese previste alla lett. b).



Ci sono limiti di copertura?

Interventi chirurgici e ricoveri

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

INTERVENTI IN CENTRO CONVENZIONATO CON MEDICI DI FIDUCIA DELL'ASSICURATO, NON CONVENZIONATI - Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desideri utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) delle Garanzie prestate' nei seguenti termini:

- la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.000 ed a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia con applicazione di uno scoperto del 20% e con il massimo non indennizzabile di € 5.000.

- la Società provvede al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) delle Garanzie prestate', fossero già stati indennizzati a termini della garanzia "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

FORMULA SILVER

A - INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI EFFETTUATI NEI CENTRI CONVENZIONATI - La Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese previste alla lettera a) e c) delle Garanzie prestate' previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500 ed al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

B - INTERVENTI CHIRURGICI ED I RICOVERI EFFETTUATI IN ISTITUTI DI CURA PUBBLICI O PRIVATI NON CONVENZIONATI - La Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese previste alla lettera a) e c) delle Garanzie prestate', con applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 2.500 ed un massimo non indennizzabile di € 5.000 ed al rimborso delle spese previste alla lett. b).

C- INTERVENTI IN CENTRO CONVENZIONATO CON MEDICI DI FIDUCIA DELL'ASSICURATO, NON CONVENZIONATI - Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desideri utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) delle Garanzie prestate' nei seguenti termini:

- la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500 ed a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia con applicazione di uno scoperto del 20% e con il massimo non indennizzabile di € 5.000.

- la Società provvede al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

GARANZIE COMUNI

ANTICIPO DELL'INDENNIZZO - Nei casi di sinistro comportante intervento chirurgico o ricovero in un Istituto di cura (anche in day hospital) non convenzionato, l'Assicurato ha diritto ad ottenere un'anticipazione dell'indennizzo a condizione che fornisca la documentazione medica sufficiente alla Società per accertare l'indennizzabilità del sinistro stesso.

L'anticipazione dell'indennizzo è effettuata dalla Società nei limiti e con le modalità seguenti:

la Società corrisponde il 70% delle spese che l'Assicurato deve sostenere in base al preventivo rilasciato dall'istituto di cura (detratti franchigia o scoperti se presenti), purché dette spese non risultino inferiori ad € 1.000.

Qualora a cure ultimate dovesse risultare che l'indennizzo non era dovuto o era dovuto in misura inferiore a quanto anticipato, la Società ha diritto alla restituzione, entro 15 giorni dalla richiesta formale, degli importi anticipati.

SCHEDA RIEPILOGATIVA INTERVENTI CHIRURGICI, RICOVERI, DAY HOSPITAL			
FOMULA	CENTRO CONVENZIONATO	CENTRO NON CONVENZIONATO	CENTRO CONVENZIONATO EQUIPE MEDICA NON CONVENZIONATA
PLATINUM	PRESA IN CARICO PRESTAZIONE	RIMBORSO CON SCOPERTO 10% MINIMO NON INDENNIZZABILE €1.500 (CON IL MASSIMO CHE RIMANE A CARICO DEL CLIENTE DI € 5.000)	PRESA IN CARICO SPESE CASA DI CURA; RIMBORSO SPESE PER EQUIPE CON SCOPERTO 10% (CON IL MASSIMO CHE RIMANE A CARICO DEL CLIENTE DI € 5.000)
GOLD	PRESA IN CARICO PRESTAZIONE CON FRANCHIGIA € 1.000	RIMBORSO CON SCOPERTO 20% E MINIMO NON INDENNIZZABILE €2.500 (CON IL MASSIMO CHE RIMANE A CARICO DEL CLIENTE DI €5.000)	PRESA IN CARICO SPESE CASA DI CURA CON FRANCHIGIA 1.000 €; RIMBORSO SPESE PER EQUIPE CON SCOPERTO 20% (CON IL MASSIMO CHE RIMANE A CARICO DEL CLIENTE DI €5.000)
SILVER	PRESA IN CARICO PRESTAZIONE CON FRANCHIGIA € 1.500	RIMBORSO CON SCOPERTO 20% E MINIMO NON INDENNIZZABILE €2.500 (CON IL MASSIMO CHE RIMANE A CARICO DEL CLIENTE DI €5.000)	PRESA IN CARICO SPESE CASA DI CURA CON FRANCHIGIA 1.500 €; RIMBORSO SPESE PER EQUIPE CON SCOPERTO 20% (CON IL MASSIMO CHE RIMANE A CARICO DEL CLIENTE DI €5.000)



Ci sono limiti di copertura?

Parto naturale o cesareo

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE PRESTATE

a) La Società in caso di parto, naturale o cesareo, che risulti in garanzia a termini di polizza, provvede all'indennizzo delle seguenti spese inerenti il parto (nei limiti espressamente previsti):

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante, attivo e necessario, all'intervento -assistenza medica ed infermieristica, medicinali ed esami relativamente al periodo del ricovero;

- rette di degenza

- le spese di baby room , neonatologo ed incubatrice, nel periodo di permanenza del neonato nell'istituto di cura, successivamente al parto

- esami clinici e strumentali ritenuti necessari dai medici per il neonato, nel periodo di permanenza nell'istituto di cura, successivamente al part

b) La Società provvede inoltre, nei casi previsti al precedente punto a), al rimborso delle spese, relative al parto, sostenute dall'Assicurata (nei limiti espressamente previsti):

- nei 120 giorni precedenti all'intervento chirurgico od alla data di inizio del ricovero:

- esami diagnostici e visite specialistiche (con il limite di 3 visite specialistiche e 3 ecografie)

- trasporto in autoambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, per un costo massimo di € € 300 per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato ad € 6.000 se il trasporto avviene in eliambulanza

- nei 120 giorni successivi all'intervento chirurgico od alla data di termine del ricovero:

- esami diagnostici e visite specialistiche

- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, medicinali

FORMULA PLATINUM

PARTO EFFETTUATO NEI CENTRI CONVENZIONATI - La Società provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato delle spese previste alla lettera a) delle 'Garanzie prestate' entro il limite massimo di € 9.500 per il parto naturale e di € 11.000 per il parto cesareo.

Per le spese previste alla lettera b) delle 'Garanzie prestate', la Società provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato entro il limite massimo per sinistro di € 2.000.

PARTO EFFETTUATO IN ISTITUTI DI CURA PUBBLICI O PRIVATI NON CONVENZIONATI - La Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese, previste alla lettera a) delle 'Garanzie prestate' , entro il limite massimo di € 8.400 per parto naturale e di € 9.800 per parto cesareo. Per le spese previste alla lettera b) delle 'Garanzie prestate' la Società provvede al rimborso all'Assicurata entro il limite massimo per sinistro di € 2.000.

PARTO IN CENTRO CONVENZIONATO CON MEDICI DI FIDUCIA DELL'ASSICURATO, NON CONVENZIONATI - Qualora, nei casi previsti nelle 'Garanzie prestate', l'Assicurato desideri utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato e l'Assicurato deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro il limite massimo per le equipie mediche di € 4.200 per parto naturale e di € 6.600 per parto cesareo. Il massimo indennizzo non potrà essere superiore al limite di € 9.500 per il parto naturale ed € 11.000 per il parto cesareo.

Per le spese previste alla lettera b) delle 'Garanzie prestate', la Società provvede al rimborso entro il limite massimo per sinistro di € 2.000.

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) delle 'Garanzie prestate', fossero già stati indennizzati a termini della garanzia "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurata.

FORMULA GOLD

PARTO EFFETTUATO NEI CENTRI CONVENZIONATI - La Società provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato delle spese previste alla lettera a) delle 'Garanzie prestate' previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.000 entro il limite massimo di € 9.500 per il parto naturale e di € 11.000 per il parto cesareo. Per le spese previste alla lettera b) delle 'Garanzie prestate' la Società provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato entro il limite massimo per sinistro di € 2.000 .

PARTO EFFETTUATO IN ISTITUTI DI CURA PUBBLICI O PRIVATI NON CONVENZIONATI - la Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese, previste alla lettera a) delle 'Garanzie prestate', entro il limite massimo di € 8.400 per parto naturale e di € 9.800 per parto cesareo. In questo caso il rimborso verrà effettuato con applicazione di una franchigia fissa di € 1.000. Per le spese previste alla lettera b) delle 'Garanzie prestate' la Società provvede al rimborso all'Assicurata entro il limite massimo per sinistro. di € 2.000.



Ci sono limiti di copertura?

Parto naturale o cesareo

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

PARTO IN CENTRO CONVENZIONATO CON MEDICI DI FIDUCIA DELL'ASSICURATO, NON CONVENZIONATI - Qualora, nei casi previsti Nelle 'Garanzie prestate', l'Assicurata desideri utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.000 e l'Assicurato deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro il limite massimo per le equipe mediche di € 4.200 per parto naturale e di € 6.600 per parto cesareo. Il massimo indennizzo non potrà essere superiore al limite di € 9.500 per il parto naturale ed € 11.000 per il parto cesareo. Per le spese previste alla lettera b) delle 'Garanzie prestate', la Società provvede al rimborso entro il limite massimo per sinistro di € 2.000. Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) delle 'Garanzie prestate' fossero già stati indennizzati a termini della garanzia "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurata.

FORMULA SILVER

PARTO EFFETTUATO NEI CENTRI CONVENZIONATI O NON CONVENZIONATI - La Società provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato o al rimborso all'Assicurato delle spese previste Nelle 'Garanzie prestate' alla lettera a) previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500 ed entro il limite massimo di € 8.400 per parto naturale e di € 9.800 per parto cesareo. Per le spese previste alla lettera b) delle 'Garanzie prestate' la Società provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato nel limite massimo per sinistro di € 2.000

PARTO IN CENTRO CONVENZIONATO CON MEDICI DI FIDUCIA DELL'ASSICURATO, NON CONVENZIONATI - Qualora, nei casi previsti nelle 'Garanzie prestate', l'Assicurato desideri utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500 e l'Assicurata deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro il limite massimo per le equipe mediche di € 4.200 per parto naturale e di € 6.600 per parto cesareo. Il massimo indennizzo non potrà essere superiore al limite di € 8.400 per il parto naturale ed € 9.800 per il parto cesareo. Per le spese previste alla lettera b) delle 'Garanzie prestate', la Società provvede al rimborso entro il limite massimo per sinistro di € 2.000.

CURE BAMBINI FINO A DUE ANNI DI ETÀ - (garanzia operativa solo per le Formule Platinum e Gold, non presente nella Formula Silver) - Qualora, per il bambino, non assicurato in polizza ma nato da parto indennizzabile ai sensi della presente normativa, si rendesse necessario nei primi due anni di vita un ricovero o un intervento chirurgico per malattia, o infortunio, la Società provvede all'indennizzo delle spese di cura con gli stessi limiti e le stesse garanzie previste per la madre, purché sia stato pagato il premio di polizza. Sono escluse le malformazioni e/o le patologie congenite. Ai fini dell'operatività della presente garanzia il nominativo del bambino dovrà essere segnalato all'Agenzia Sara di riferimento entro sei mesi di vita del bambino. La garanzia cessa automaticamente al compimento del secondo anno del bambino. La copertura potrà proseguire tramite inserimento del bambino in polizza come Assicurato ed il pagamento del relativo premio.

MALATTIE RARE BAMBINI FINO A DUE ANNI DI ETÀ - Qualora, al bambino nato da parto indennizzabile ai sensi di polizza, venga diagnosticata nel corso dei primi due anni di vita una "malattia rara" (intendendosi per tale le patologie di cui al DM 18/05/2001 n° 279 e successive modifiche), la Società mette a disposizione le seguenti garanzie per il bambino, purché sia stato pagato il premio di polizza per la madre:

TRASFERIMENTO IN CENTRI SPECIALIZZATI (questa garanzia è operante se è operante la garanzia Assistenza per la madre) Qualora il neonato che si trovi in Italia, a seguito di malattia rara debba essere ricoverato presso Centri specializzati situati al di fuori della propria regione di residenza, la Centrale Operativa, organizza il trasferimento del bambino presso il Centro individuato, con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea, treno, autoambulanza od altro). Il mezzo più idoneo verrà identificato a discrezione dei medici della Centrale Operativa. La Centrale operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei paesi europei.

La Società tiene a proprio carico il costo del trasferimento del paziente incluse le spese di un medico e/o infermiere che accompagnino il paziente stesso. Il trasferimento potrà avvenire con l'eventuale accompagnamento di personale medico ed infermieristico. Per ogni annualità assicurativa la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione ed attivazione del servizio, le spese di trasporto e gli onorari del personale medico e /o infermieristico di accompagnamento, fino ad un importo globale massimo di € 5000 per annualità assicurativa. Non danno luogo alle prestazioni le terapie riabilitative e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

INTERPRETE ALL'ESTERO (questa garanzia è operante se è operante la garanzia Assistenza per la madre) - Qualora il neonato venga ricoverato in un Istituto di cura a seguito di malattia rara indennizzabile a termini di polizza ed i genitori abbiano difficoltà a comunicare con i medici perché non conoscono la lingua, la Centrale Operativa invierà un interprete.

Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 500 per annualità assicurativa.



Ci sono limiti di copertura?

Parto naturale o cesareo

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

RICERCA CENTRI DI ECCELLENZA - Qualora i genitori del bambino affetto da una malattia rara necessitino di informazioni o aiuto nella ricerca di Centri di eccellenza, la Centrale salute provvede a coadiuvare i genitori nella ricerca di centri di cura, pubblici o privati, nazionali o internazionali.

RIMBORSO SPESE PER "SECONDO PARERE" MEDICO - Qualora i genitori del neonato affetto da una malattia rara, desiderino ottenere un secondo parere medico qualificato (presso ospedali, centri di ricerca, professionisti), la Società provvede al rimborso, fino ad un massimo di € 1.000, delle spese sostenute per:

- adeguare i documenti medici ed equiparare i differenti parametri diagnostici ai protocolli dell'Istituzione medico-scientifica da interpellare;
- tradurli secondo le richieste dell'Istituzione medico-scientifica prescelta; trasmetterli all'Istituzione medico-scientifica. Sono inclusi i costi della prestazione fornita dall'Istituzione medico-scientifica. Sono escluse tutte le altre spese al di fuori di quelle sopra indicate. Tale prestazione non è ripetibile e verrà prestata "una tantum" (una sola volta).

PRESTAZIONE FORFETTARIA UNA TANTUM - Garanzia operativa solo nella Formula Platinum e Gold - Qualora la malattia rara fosse una malattia di cui all'elenco che segue la Società provvede inoltre a corrispondere una prestazione forfetaria "una tantum" in forma capitale di € 10.000.

SCHEDA RIEPILOGATIVA PARTO NATURALE E CESAREO			
FOMULA	CENTRO CONVENZIONATO	CENTRO NON CONVENZIONATO	CENTRO CONVENZIONATO EQUIPE MEDICA NON CONVENZIONATA
PLATINUM	PRESA IN CARICO ENTRO € 11.000 PARTO CESAREO € 9.500 PARTO NATURALE	RIMBORSO ENTRO € 9.800 PARTO CESAREO € 8.400 PARTO NATURALE	PRESA IN CARICO SPESE CASA DI CURA; RIMBORSO SPESE PER EQUIPE ENTRO € 6.600 PER PARTO CESAREO € 4.200 PER PARTO NATURALE (ENTRO IMPORTO TOTALE DI € 11.000 PER PARTO CESAREO E € 9.500 PER PARTO NATURALE)
GOLD	PRESA IN CARICO CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA A € 1.000 ENTRO: € 11.000 PARTO CESAREO € 9.500 PARTO NATURALE	RIMBORSO CON APPLICAZIONE DI FRANCHIGIA DI €1.000 ENTRO: € 9.800 PARTO CESAREO € 8.400 PARTO NATURALE	PRESA IN CARICO SPESE CASA DI CURA CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA DI €1.000; RIMBORSO SPESE PER EQUIPE ENTRO € 6.600 PER PARTO CESAREO € 4.200 PER PARTO NATURALE (ENTRO IMPORTO TOTALE DI € 11.000 PER PARTO CESAREO E € 9.500 PER PARTO NATURALE)
SILVER	PRESA IN CARICO CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA A € 1.500 ENTRO: € 9.800 PARTO CESAREO € 8.400 PARTO NATURALE	RIMBORSO CON APPLICAZIONE DI FRANCHIGIA DI €1.500 ENTRO: € 9.800 PARTO CESAREO € 8.400 PARTO NATURALE	PRESA IN CARICO SPESE CASA DI CURA CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA DI €1.500; RIMBORSO SPESE PER EQUIPE ENTRO € 6.600 PER PARTO CESAREO € 4.200 PER PARTO NATURALE (ENTRO IMPORTO TOTALE DI € 11.000 PER PARTO CESAREO E € 9.500 PER PARTO NATURALE)

ESCLUSIONI E RIVALSE

CURE BAMBINI FINO A DUE ANNI DI ETÀ (garanzia operativa solo per le Formule Platinum e Gold, non presente nella Formula Silver)

MALATTIE RARE BAMBINI FINO A DUE ANNI DI ETÀ - RIMBORSO SPESE PER "SECONDO PARERE" MEDICO - Sono escluse tutte le altre spese al di fuori di quelle sostenute per:

- adeguare i documenti medici ed equiparare i differenti parametri diagnostici ai protocolli dell'Istituzione medico-scientifica da interpellare;
- tradurli secondo le richieste dell'Istituzione medico-scientifica prescelta;
- trasmetterli all'Istituzione medico-scientifica;

Sono inclusi i costi della prestazione fornita dall'Istituzione medico-scientifica.

Visite specialistiche ed esami diagnostici

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

FORMULA PLATINUM

VISITE SPECIALISTICHE

La Società, nei limiti della somma assicurata annua di € 2.500, in caso di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di polizza, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede:

- 1 - al pagamento diretto delle spese per visite mediche specialistiche effettuate dall'Assicurato presso i Centri Convenzionati, utilizzando medici specialisti convenzionati. Le visite mediche specialistiche devono essere prese in carico tramite la Centrale Salute.
- 2 - Qualora l'Assicurato per l'effettuazione delle visite specialistiche ricorra al S.S.N., la Società provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese per ticket delle visite specialistiche effettuate.



Ci sono limiti di copertura?

Visite specialistiche ed esami diagnostici

3 - Qualora l'Assicurato per l'effettuazione delle visite specialistiche ricorra invece a medici specialisti e/o Centri non convenzionati con la Società, questa provvede al rimborso della fattura al netto di una franchigia fissa di € 50 per singola fattura, con le modalità e nei termini espressamente previsti dall' art.8.15 Criteri di liquidazione. La modalità di indennizzo a rimborso non potrà superare il 50% della somma assicurata indicata al presente articolo. Per il rimborso alle fatture dovrà essere allegata la prescrizione medica indicante la motivazione clinica.

ESAMI DIAGNOSTICI

La Società, nei limiti della somma assicurata annua di € 2.500, in caso di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di polizza, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante il dubbio diagnostico, provvede:

1 - al pagamento diretto delle spese per esami diagnostici effettuati dall'Assicurato presso i Centri convenzionati, utilizzando medici specialisti convenzionati. Gli esami diagnostici devono essere presi in carico tramite la Centrale Salute.

2 - Qualora l'Assicurato per l'effettuazione degli esami diagnostici ricorra al S.S.N., la Società provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese per ticket degli esami effettuati.

3 - Qualora l'Assicurato per l'effettuazione degli esami diagnostici ricorra invece a medici specialisti e/o Centri non convenzionati con la Società, questa provvede al rimborso della fattura al netto dello scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 50 per singola fattura, con le modalità e nei termini espressamente previsti dall' art.8.15 Criteri di liquidazione. La modalità di indennizzo a rimborso non potrà superare il 50% della somma assicurata indicata al presente articolo. Per il rimborso alle fatture dovrà essere allegata la prescrizione medica indicante la motivazione clinica.

FORMULA GOLD

La Società, nei limiti della somma assicurata annua di € 3.000 in caso di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di polizza, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede

1 - al pagamento diretto ai Centri convenzionati delle spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici effettuati dall'Assicurato utilizzando medici specialisti convenzionati. Le visite specialistiche e gli esami diagnostici devono essere presi in carico tramite la Centrale Salute.

2 - Qualora l'Assicurato per l'effettuazione delle visite specialistiche e degli esami diagnostici ricorra al S.S.N., la Società provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese per ticket.

3 - Qualora l'assicurato per l'effettuazione delle visite specialistiche o degli esami diagnostici ricorra invece a medici specialisti e/o Centri non convenzionati con la Società, questa provvede al rimborso della fattura per l'esame diagnostico al netto di una dello scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 50 e al rimborso della fattura per la visita specialistica al netto di una franchigia fissa di € 50. Il rimborso avverrà con le modalità e nei termini espressamente previsti dall' art.8.15 Criteri di liquidazione. La modalità di indennizzo a rimborso non potrà superare il 50% della somma assicurata indicata al presente articolo. Per il rimborso alle fatture dovrà essere allegata la prescrizione medica indicante la motivazione clinica.

FORMULA SILVER: GARANZIA NON PREVISTA

SCHEDA RIEPILOGATIVA VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI		
FOMULA	CENTRO CONVENZIONATO	CENTRO NON CONVENZIONATO
PLATINUM SOMME ASSICURATE: -€ 2.500 VISITE SPECIALISTICHE -€ 2.500 ESAMI DIAGNOSTICI	PRESA IN CARICO PRESTAZIONE	1) (MODALITA' USUFRUIBILE PER UN IMPORTO NON SUPERIORE AL50% DELLA SOMMA ASSICURATA) RIMBORSO VISITE SPECIALISTICHE CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA € 50. RIMBORSO ESAMI DIAGNOSTICI CON APPLICAZIONE DI SCOPERTO DEL 25% MINIMO NON INDENNIZZABILE € 50. 2) RIMBRSO TICKET SSN 100%
GOLD SOMME ASSICURATA: -€ 3.000 VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI	PRESA IN CARICO PRESTAZIONE	1) (MODALITA' USUFRUIBILE PER UN IMPORTO NON SUPERIORE AL50% DELLA SOMMA ASSICURATA) VISITE SPECIALISTICHE RIMBORSO CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA € 50. ESAMI DIAGNOSTICI RIMBORSO CON APPLICAZIONE DI SCOPERTO DEL 25% MINIMO NON INDENNIZZABILE € 50. 2) RIMBRSO TICKET SSN 100%

ESCLUSIONI E RIVALSE

FORMULA PLATINUM - ESAMI DIAGNOSTICI - Sono escluse dalle garanzie previste alle lett. A) e B) del relativo articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.

FORMULA GOLD - Sono escluse dalle garanzia le visite , gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.



Ci sono limiti di copertura?

Altre garanzie

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

RECUPERO DA TOSSICODIPENDENZA ED ALCOLISMO (operativa solo sulla Formula Platinum) - Fermo restando quanto previsto per le "Persone non assicurabili", qualora nel corso dell'assicurazione, l'Assicurato, immune da tossicodipendenza ed alcolismo al momento della stipula della polizza, venisse colpito da intossicazione da stupefacenti o da alcolismo, la Società si impegna a corrispondere un indennizzo forfetario, "una tantum", pari ad € 2.500, all'Assicurato, che si sottoponga a cure disintossicanti continuative presso Centri, Comunità di recupero od Istituti di cura regolarmente abilitati al recupero psicofisico dei tossicodipendenti e degli alcolisti.

SPESE PER ACCOMPAGNATORE - In caso di ricovero dell'assicurato presso un Centro convenzionato, causato da malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese per rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore.

In caso di ricovero dell'Assicurato, presso un Istituto di cura pubblico o privato non convenzionato, causato da malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese sostenute per rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore con un sottolimito giornaliero di € 50, per un massimo di 30 giorni per ogni ricovero.

INDENNITÀ DI DEGENZA SOSTITUTIVA - L'Assicurato, nel caso in cui debba essere ricoverato in un Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini di polizza, può chiedere in sostituzione integrale del pagamento diretto o del rimborso delle spese previste ai precedenti articoli relativi agli "Interventi chirurgici e ricoveri", "Parto naturale o cesareo", "Spese per accompagnatore", "Spese trapianto" (spese per intervento chirurgico, ricovero e parto, comprese quelle per le prestazioni nei 120 giorni precedenti e successivi, le spese per accompagnatore e le spese trapianto), il pagamento di un'indennità giornaliera di € 100 per ogni giorno di ricovero, per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa. L'indennità, dovuta a termini di quanto precede, spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati. La Società, a termini di quanto precede e negli stessi limiti, corrisponde l'indennità su detta anche in caso di ricovero in "day hospital".

SPESE TRAPIANTO - In caso di trapianto di organi o parte di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, nei limiti del massimale per annualità assicurativa di € 5000 la Società rimborsa tutte le pertinenti spese per il prelievo, per il ricovero, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, le cure, i medicinali, le rette di degenza nonché le spese per il trasporto degli organi o parte di essi.

In caso di trapianto effettuato sull'Assicurato, nei limiti del massimale suindicato, la Società provvede al rimborso delle spese suindicate relative all'intervento sul donatore vivente.

ACQUISTO PROTESI ORTOPEDICHE ED ACQUISTO O NOLEGGIO AUSILI MEDICO CHIRURGICI (operativa solo su Formula Platinum e Gold) - La Società, fino alla concorrenza di un importo massimo pari ad € 2.500 per annualità assicurativa, provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, in conseguenza di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, per:

- acquisto apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- acquisto amplificatori acustici;
- acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche;
- acquisto o noleggio di erogatori portatili di ossigeno;
- noleggio di apparecchiature per emodialisi.

PRELIEVO CAMPIONI AL DOMICILIO - Qualora l'Assicurato per motivi di salute, certificati dal medico curante, sia impossibilitato a muoversi dal proprio domicilio ed abbia necessità di esami diagnostici, può richiedere alla Centrale operativa l'organizzazione del prelievo a domicilio dei campioni da analizzare, la consegna al centro analisi convenzionato con la Società e l'invio degli esiti a domicilio. Il costo degli esami clinici rimane regolato come previsto sulla Platinum o sulla Gold. Relativamente alla Formula Silver il pagamento del dovuto deve essere effettuato dall'Assicurato al Centro Convenzionato. La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.

INVIO MEDICINALI OD ARTICOLI SANITARI AL DOMICILIO - Qualora l'Assicurato, a causa di infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza, a seguito di prescrizione medica abbia bisogno di medicine od articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per motivi di salute certificati dal medico curante, la Centrale operativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei farmaci e degli articoli sanitari è a carico dell'Assicurato.

La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.

TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA - Qualora, a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, dopo il ricovero di primo soccorso, l'Assicurato necessiti in Italia di un trasporto in autoambulanza, la Centrale operativa invierà direttamente l'autoambulanza. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari ad € 500 per annualità assicurativa. Il costo eccedente il massimale previsto di € 500 per annualità assicurativa, resta a carico dell'Assicurato e sarà regolato direttamente con il fornitore intervenuto.



Ci sono limiti di copertura?

Altre garanzie	<p><u>MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI</u></p> <p>TRASFERIMENTO IN CENTRI SPECIALIZZATI - Qualora l'Assicurato che si trovi in Italia, a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, debba essere ricoverato presso Centri specializzati situati al di fuori della propria regione di residenza, la Centrale Operativa, organizza il trasferimento dell'Assicurato presso il Centro individuato, con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea, treno, autoambulanza od altro). Il mezzo più idoneo verrà identificato a discrezione dei medici della Centrale Operativa. La Centrale operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga i paesi europei.</p> <p>La Società tiene a proprio carico il costo del trasferimento del paziente incluse le spese di un medico e/o infermiere che accompagnino il paziente stesso.</p> <p>Il trasferimento potrà avvenire con l'eventuale accompagnamento di personale medico ed infermieristico. Per ogni annualità assicurativa la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione ed attivazione del servizio, le spese di trasporto e gli onorari del personale medico e /o infermieristico di accompagnamento, fino ad un importo globale massimo di € 5.000 per annualità assicurativa.</p> <p>Non danno luogo alle prestazioni le terapie riabilitative e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.</p> <p>RIMPATRIO SANITARIO - Qualora a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, le condizioni dell'Assicurato che si trovi all'estero, accertate tramite contatti tra i medici della Centrale operativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario e possibile il suo trasporto in un ospedale attrezzato in Italia od alla sua residenza, la Centrale operativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa riterranno più idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea, treno, autoambulanza od altro).</p> <p>La Centrale Operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi europei. Il trasporto è organizzato interamente dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica od infermieristica, se ritenuta necessaria dai medici della Centrale stessa. La Centrale Operativa qualora abbia provveduto al rientro dell'assicurato a spese della Società ha diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato. Non danno luogo alle prestazioni le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Società possono essere curate sul posto e che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali od internazionali.</p> <p>Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 5.000 per annualità assicurativa.</p>
Garanzie di assistenza	<p><u>MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI</u></p> <p>VIAGGIO DI UN FAMILIARE PER RAGGIUNGERE L'ASSICURATO RICOVERATO - Qualora a seguito di malattia od infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato che si trovi in viaggio, necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia un biglietto aereo di classe economica o ferroviario di prima classe di andata e ritorno per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato (la scelta del mezzo più opportuno è a discrezione della Centrale Operativa). La Società terrà a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 1.000 per annualità assicurativa. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.</p> <p>RIMPATRIO DELLA SALMA - In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, la Centrale operativa, fino alla concorrenza di € 3.000 organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.</p> <p>INTERPRETE ALL'ESTERO - Qualora l'Assicurato trovandosi in viaggio all'estero, venga ricoverato in un Istituto di cura a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza ed abbia difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua, la Centrale Operativa invierà un interprete.</p> <p>Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 500 per annualità assicurativa.</p> <p>RIENTRO DEI FIGLI MINORI - Qualora a seguito di malattia od infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato che si trovi in viaggio all'estero in compagnia di figli minori venga ricoverato in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, ed abbia necessità di far rientrare i figli al proprio domicilio, la Centrale Operativa provvederà ad organizzarne il rientro, mettendo a disposizione se necessario, biglietti aerei di classe economica o ferroviari di prima classe ed, in caso di minore di anni 15, un accompagnatore.</p> <p>La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto al rientro dei minori a spese della Società, ha diritto di richiedere all'Assicurato, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato dai minori.</p> <p>La Società terrà a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 1.000 per annualità assicurativa.</p> <p>La prestazione è operante solo se il rientro dei minori dall'estero non comporta violazione delle disposizioni di legge in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trovano i minori.</p> <p><u>ESCLUSIONI E RIVALSE</u></p> <p>RIMPATRIO DELLA SALMA - Rimangono escluse le spese relative all'eventuale recupero della salma, alla cerimonia funebre ed all'inumazione.</p>



Ci sono limiti di copertura?

Garanzie aggiuntive

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

INDENNITÀ DI DEGENZA, CONVALESCENZA E GESSATURA - Qualora l'Assicurato debba essere ricoverato in Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di ricovero, di un'indennità giornaliera determinata come da "Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura" (Formula Silver, Gold o Platinum) sotto riportata per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa. Per ricoveri determinati da terapie oncologiche la durata massima è di 30 giorni per annualità assicurativa.

L'indennità dovuta a termini di quanto precede spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati.

Per la convalescenza successiva a ricovero dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera pari al 50% dell'importo assicurato per la degenza. La durata della convalescenza è convenzionalmente prefissata in un numero di giorni pari ad una volta e mezzo quella del ricovero, per una durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa.

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subisca l'applicazione di gessatura, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di gessatura di un'indennità giornaliera pari all'importo indicato nella "Tabella indennità di degenza, convalescenza e gessatura" suindicata.

L'indennità dovuta a termini di quanto precede, spetta dal giorno stesso di applicazione della gessatura, se non vi è stato ricovero, o dal giorno di dimissione dall'Istituto di cura, se vi è stato ricovero, per un massimo di 40 giorni per annualità assicurativa. L'indennità di gessatura, se coesistente con l'indennità di convalescenza, la assorbe finché coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire l'importo maggiore.

In caso di frattura radiologicamente diagnosticata, per la quale non sia prevista l'applicazione di gessatura (vedi definizioni) ma che determini per l'assicurato la necessità, certificata da documentazione medica, di immobilizzazione a letto, la Società provvede al pagamento

dell'indennità di gessatura pattuita, per una durata prefissata di giorni venti. Relativamente alla frattura di coste (o costole) è necessario, per l'applicazione del presente disposto, che la frattura sia relativa ad almeno due coste (o costole).

DAY HOSPITAL - La Società corrisponde un'indennità anche in caso di day hospital, in misura del 50% dell'importo assicurato per la sola degenza, per un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa. Per il ricovero in Day Hospital non è prevista la garanzia convalescenza.

RICOVERO DEL CONIUGE NON ASSICURATO - In caso di ricovero contestuale, determinato dallo stesso evento, dell'Assicurato e del coniuge non assicurato, causato da malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, la cui durata sia uguale o superiore a 10 giorni consecutivi, la Società corrisponderà anche al coniuge non assicurato un'indennità di degenza per ogni giorno di ricovero di importo pari a quella dell'Assicurato, per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa.

MAGGIORAZIONE DELL'INDENNITÀ DI DEGENZA IN CASO DI INFORTUNIO CHE DETERMINI UNA INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE - In caso di ricovero causato da infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini una invalidità permanente superiore al 66% (secondo i criteri di cui all'Allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n° 1124 T.U.), la Società corrisponderà una maggiorazione del 100% sugli importi assicurati per Indennità di degenza per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa. La maggiorazione verrà corrisposta sulla sola Indennità di degenza.

INDENNITÀ DI DEGENZA PER DONATORE - In caso di trapianto di midollo osseo, organi o parti di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, la Società provvede al pagamento all'Assicurato per ogni giorno di ricovero, di un'indennità determinata nella garanzia 'Indennità di degenza, convalescenza e gessatura'.

INDENNITÀ PER ACCOMPAGNATORE - In caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al rimborso delle spese per vitto e pernottamento di un accompagnatore, presso l'Istituto di cura, entro l'importo giornaliero di € 50, per un massimo di 30 giorni per ricovero.



Ci sono limiti di copertura?

Garanzie aggiuntive

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

Nei termini e nei limiti previsti all'Art. 7.1 :

- La Società corrisponde per ogni giorno di ricovero o gessatura un'indennità giornaliera pari agli importi indicati nella sottostante "Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", corrispondenti alla Formula prescelta dall'Assicurato ed indicata sul simplo di polizza.
- La Società, in caso di convalescenza o day hospital, corrisponde un'indennità giornaliera in misura del 50% dell'importo assicurato per la degenza.
- Nel caso previsto dall'art. 7.1.3 "Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio che determini un'invalidità permanente grave" la maggiorazione prevista verrà corrisposta al consolidarsi dei postumi di Invalidità permanente.
- Nel caso previsto all'art. 7.1.5 "Indennità per accompagnatore" il rimborso delle spese sostenute per l'accompagnatore verrà effettuato dietro presentazione delle copie delle fatture o ricevute, debitamente quietanzate e con il previsto bollo di tassa pagato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi le fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro. Per paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

Il pagamento dell'indennità viene effettuato al termine del ricovero (o day hospital) su presentazione della copia conforme all'originale della cartella clinica. La documentazione verrà restituita all'Assicurato successivamente alla liquidazione dell'indennizzo. In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire alla Società tutte le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari. Il pagamento dell'indennità di gessatura viene effettuato al termine del periodo indennizzabile e su presentazione di idonea certificazione medica.

TABELLA INDENNITA' DI DEGENZA, CONVALESCENZA E GESSATURA			
GIORNI DI RICOVERO CONSECUTIVI	FORMULA SILVER	FORMULA GOLD	FORMULA PLANITUM
Fino a 11	€ 25	€ 50	€ 100
Da 12 a 20	€ 40	€ 80	€ 160
Da 21 a 44	€ 50	€ 100	€ 200
Da 45 fino a 180	€ 75	€ 150	€ 300
Gessatura	€ 25	€ 50	€ 75

Garanzia invalidità permanente da malattia

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

In caso di invalidità permanente che sia determinata da malattia indennizzabile a termini di polizza, la Società garantisce il pagamento di un indennizzo fino alla concorrenza della somma assicurata quale risultante pattuita sul frontespizio di polizza alla voce "Invalidità permanente da malattia".

La somma assicurata, rappresenta comunque il massimo importo indennizzabile nell'arco dell'intera durata contrattuale, indipendentemente dal numero delle malattie denunciate.

La valutazione dell'indennizzo viene effettuata secondo le modalità ed i criteri che seguono.

A) Accertamento del grado di invalidità permanente L'indennizzo è dovuto per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili della malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

A maggior chiarimento di quanto sopra indicato devono intendersi per:

- malattie coesistenti : le malattie od invalidità presenti nel soggetto, che riguardano sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla malattia denunciata;
- malattie concorrenti : le malattie ed invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essi causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

L'accertamento del grado di invalidità permanente indennizzabile viene effettuato non prima che sia decorso un anno dalla denuncia e facendo riferimento ai criteri esposti nell' Allegato n° 1 "Parametri indicativi per la valutazione della invalidità permanente da malattia" e non oltre due anni dalla data di denuncia della malattia.

Nei casi di invalidità permanente non specificata nel citato allegato, la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri ed ai criteri di valutazione ivi indicati.

In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita generica capacità lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'assicurato.



Ci sono limiti di copertura?

Garanzia invalidità permanente da malattia

DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO - Fermo restando quanto previsto alla precedente lettera A) si conviene che:

- 1) se l'invalidità permanente accertata è inferiore al 25% della totale nessun indennizzo spetta all'Assicurato;
- 2) i casi di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 25% della totale danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando alla somma assicurata la percentuale riportata nella sottostante tabella in corrispondenza al grado di invalidità permanente accertata.

% di invalidità permanent accertata	indennizzo % delle somma assicurata	% di invalidità permanente accertata	indennizzo % della somma assicurata
25	5	65 - 70	70
26	8	66 - 73	73
27	11	67 - 76	76
28	14	68 - 79	79
29	17	69 - 82	82
30	20	70 - 85	85
31	23	71 - 88	88
32	26	72 - 91	91
33	29	73 - 94	94
34	32	74 - 97	97
da 35 a 63	da 35 a 63	75 e oltre	100
64	37		

Formule

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

FORMULA PLUS

Le garanzie previste nella presente Formula valgono per le persone assicurate per cui risulta espressamente richiamata nel simolo di polizza. Relativamente al cane/i, il numero di iscrizione all'anagrafe canina deve risultare indicato in polizza. Le garanzie:

CURE PER FIGLIO ADOTTIVO - Qualora il figlio adottivo dell'Assicurato, non assicurato nella presente polizza, necessiti di cure mediche in regime di ricovero, la Società provvede al pagamento diretto delle spese di cura eseguite presso i Centri convenzionati o, in alternativa, in caso di ricorso a Istituti di cura non convenzionati, provvede al rimborso delle spese di cura del bambino sostenute dall'Assicurato. In entrambi i casi la garanzia è prestata fino a un massimo di € 3.000 per annualità assicurativa. La garanzia è prestata per la durata di un anno a far data dal decreto di adozione, purché le pratiche di adozione siano iniziate successivamente alla stipula del presente Formula.

Per il solo neonato, intendendosi per tale il bambino entro il primo anno di vita, sono compresi, gli interventi relativi all'eliminazione o correzione di malformazioni congenite.

CHECK UP PER IL CONIUGE - Sulla base del presente articolo, la garanzia prevista per l'assicurato di effettuare un checkup gratuito presso i Centri Convenzionati viene estesa anche al coniuge dell'Assicurato, non assicurato nel presente contratto, entro le prime due annualità della presente formula. Ai fini dell'applicazione della presente garanzia, viene parificato al coniuge il convivente "more uxorio".

CORSO DI PREPARAZIONE AL PARTO - Qualora l'Assicurata o il coniuge dell'Assicurato, necessiti di un corso di preparazione al parto, parto la cui data è prevista dal 270° giorno successivo a quello di effetto della presente Formula in poi, la Società entro l'importo massimo di € 500 per annualità assicurativa, provvederà al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese per il corso. Ai fini dell'applicazione della presente garanzia, viene parificato al coniuge il convivente "more uxorio".

ESAMI PER DIAGNOSI INFERTILITÀ - Qualora l'Assicurato e/o il coniuge, a causa di infertilità manifestata e/o diagnosticata successivamente alla stipula della presente formula, necessitino di accertamenti medici o diagnostici al fine di determinare la causa dell'infertilità, la Società, entro l'importo massimo di € 2.000 per annualità assicurativa provvederà al pagamento delle spese per gli accertamenti effettuati presso i Centri Convenzionati ed, ove si evidenziasse la necessità di cure specifiche o di ricorrere alla fecondazione assistita, la Società concorrerà alle spese con un importo forfetario "una tantum" di € 2.000 ed indirizzerà, ove questi ne faccia richiesta, l'Assicurato e/o il coniuge, presso Centri specializzati dove l'Assicurato e/o il coniuge potrà usufruire di tariffe privilegiate. Ai fini dell'applicazione della presente garanzia, viene parificato al coniuge il convivente "more uxorio" il cui nominativo deve essere indicato in polizza. Ai fini dell'applicazione della presente garanzia, viene parificato al coniuge il convivente "more uxorio".



Ci sono limiti di copertura?

Formule

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

CURE VETERINARIE - Qualora, a causa di malattia od infortunio occorsi a partire dal novantesimo giorno successivo alla data di stipula della presente Formula, il cane/i di proprietà dell'Assicurato, identificato/i con il numero di iscrizione all'anagrafe canina nel simolo di polizza, necessiti di cure mediche, la Società entro l'importo massimo di € 500 per annualità assicurativa provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per le cure dell'animale, con applicazione di una franchigia di € 25 per sinistro. Ai fini della presente garanzia si intende per sinistro il ciclo di prestazioni sanitarie, riferite alla stessa patologia od infortunio, che decorre dalla data della prima prestazione e si esaurisce nell'arco dei 60 giorni successivi. Al fine di ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società le fatture di spesa originali e una certificazione del veterinario in merito alle cure effettuate ed all'identificazione dell'animale (numero di iscrizione all'anagrafe canina) In caso sia indicato in polizza piu' di un cane la presente garanzia è applicabile a tutti gli animali ma sempre nel limite complessivo del massimale annuo suindicato di € 500.

FORMULA SPORTIVO

Le garanzie previste nella presente Formula valgono per le persone assicurate per cui risulta espressamente richiamata nel simolo di polizza. Le garanzie:

RIABILITAZIONE - Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, necessiti dell'applicazione di gessatura, la Società, anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero, provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato delle spese per la fisioterapia eseguita nei 120 giorni successivi alla rimozione della gessatura, entro l'importo massimo per annualità assicurativa di € 2.500.

Qualora l'Assicurato preferisca usufruire di centri non convenzionati per l'effettuazione della fisioterapia nei 120 giorni successivi alla rimozione della gessatura, la Società provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato entro l'importo massimo per annualità assicurativa di € 2.500. Per ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società la copia delle fatture di spesa e certificazione medica in merito alla patologia ed alle fisioterapie effettuate. L'originale delle notule, distinte e ricevute deve comunque essere messa a disposizione della Società in caso di eventuale richiesta.

APPLICAZIONE E RIMOZIONE GESSO - Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, necessiti dell'applicazione di gessatura, la Società provvederà al rimborso delle spese di applicazione e rimozione della gessatura, entro l'importo massimo di € 500 per annualità assicurativa.

Al fine di ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società la copia delle fatture di spesa e certificazione medica in merito alla patologia ed alle cure effettuate.

L'originale delle notule, distinte e ricevute deve comunque essere messa a disposizione della Società in caso di eventuale richiesta.

PREPARATORE ATLETICO - Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato, nel corso del periodo di riabilitazione, necessiti di un preparatore atletico per il recupero della forma fisica, la Società provvederà al pagamento diretto al Centro Convenzionato, entro l'importo massimo per annualità assicurativa di € 2.500, delle spese per il preparatore atletico nei 120 giorni successivi all'infortunio od alla rimozione del gesso, in caso di applicazione di gessatura, o successivi all'idoneità clinica, certificata dal medico curante, allo svolgimento del programma previsto dal preparatore atletico.

RIMBORSO PER ABBONAMENTI O CORSI NON GODUTI - Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato non possa usufruire o terminare di usufruire di abbonamenti ski pass o iscrizioni a corsi o scuole sportive, la Società entro l'importo massimo per annualità assicurativa di € 500, provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'assicurato per la parte di prestazione non goduta.

FORMULA BENESSERE

Le garanzie previste nella presente Formula valgono per le persone Assicurate per cui risulta espressamente richiamata nel simolo di polizza. Le garanzie:

CURE OMEOPATICHE E FITOTERAPICHE - Sulla base del presente articolo, in deroga a quanto previsto nelle esclusioni generali sono comprese in garanzia, le cure omeopatiche e fitoterapiche, effettuate su prescrizione medica, purché' siano conseguenti ad infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza, entro il massimale annuo di € 500 per anno assicurativo.

DISASSUEFAZIONE TABAGICA - La Società, entro l'importo di € 1.000 provvede al pagamento diretto ai Centri convenzionati delle spese per: visite mediche, resine nicotiche o altri farmaci ed agopuntura, mirati alla disassuefazione tabagica dell'Assicurato. Non è possibile usufruire di tale prestazione per piu' di una volta in corso di copertura (comprese eventuali sostituzioni contrattuali)

VACCINI - La Società provvede al pagamento diretto ai Centri convenzionati delle spese per l'acquisto e somministrazione all'Assicurato di sieri e vaccini a scopo profilattico, compresi i vaccini utili o necessari per viaggi all'estero, entro il massimale annuo di € 500 per anno assicurativo. E' possibile usufruire di tale prestazione per non piu' di due volte in corso di copertura (comprese eventuali sostituzioni contrattuali).

GINNASTICA POSTURALE - La Società, entro l'importo massimo di € 500 per annualità assicurativa, anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero, provvede, dietro prescrizione medica, al pagamento del 50% delle spese per un ciclo di ginnastica posturale effettuata dall'Assicurato in centri abilitati. E' possibile usufruire di tale prestazione per non più di due volte in corso di copertura (comprese eventuali sostituzioni contrattuali).



Ci sono limiti di copertura?

Formule

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

NUOTO FISIOTERAPICO O TERAPIE FISIOTERAPICHE IN ACQUA - La Società, entro l'importo massimo di € 500 per annualità assicurativa, anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero, provvede, dietro prescrizione medica, al pagamento del 50% delle spese per un ciclo di nuoto fisioterapico o di terapia fisioterapica in acqua, effettuato dall'Assicurato in centri abilitati. E' possibile usufruire di tale prestazione per non più di due volte in corso di copertura (comprese eventuali sostituzioni contrattuali).

AGOPUNTURA - La Società, entro l'importo massimo di € 500 per annualità assicurativa, anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero, provvede, dietro prescrizione medica, al pagamento delle spese per agopuntura effettuata dall'Assicurato presso un centro/studio medico abilitato, convenzionato con la Società. E' possibile usufruire di tale prestazione per non più di due volte in corso di copertura (comprese eventuali sostituzioni contrattuali).

CURE TERMALI - La Società, entro l'importo massimo di € 500 per annualità assicurativa, anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero, provvede, dietro prescrizione medica, al rimborso delle spese per le cure termali in centri abilitati a termini di legge a prestare dette cure. E' possibile usufruire di tale prestazione per non più di due volte in corso di copertura (comprese eventuali sostituzioni contrattuali).

CURE DIMAGRANTI - Qualora l'Assicurato, a seguito di controllo medico, risulti avere un peso superiore almeno del 30% al peso ideale, calcolato secondo la formula di Broca (altezza in centimetri meno 104), la Società provvederà al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese per visite dietologiche, internistiche e psicologiche nonché corsi di educazione alimentare e/o di rieducazione motoria, entro un massimo di € 500 per annualità assicurativa. E' possibile usufruire di tale prestazione per non più di due volte in corso di copertura (comprese eventuali sostituzioni contrattuali).

FORMULA SINGLE

Ai fini dell'applicazione delle presenti garanzie, si intendono per "single" anche coloro che convivono da soli con figlio/i minori di anni 15 o coloro che convivono da soli con familiari anziani non autosufficienti. Le garanzie previste nella presente Formula valgono per le persone Assicurate per cui risulta espressamente richiamata nel simbo di polizza. Le garanzie:

ASSISTENZA DOMICILIARE - Qualora l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, a causa di infortunio o malattia indennizzabile a termini della polizza Saracheckup di riferimento, sia degente presso il proprio domicilio e non sia in grado di espletare le funzioni essenziali (alimentazione, igiene personale, igiene ambientale, deambulazione), la Centrale operativa, valutata l'effettiva necessità, si impegna a fornire entro le 48 ore dalla chiamata un Ausiliare socio-assistenziale per un massimo complessivo di 15giorni per annualità assicurativa. Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

INVIO INFERMIERE A DOMICILIO - Qualora l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, a causa di infortunio o malattia indennizzabile a termini della polizza Saracheckup di riferimento, sia degente presso il proprio domicilio ed abbia necessità di sottoporsi a prestazioni infermieristiche, prescritte dal medico, la Società, provvederà all'invio di un infermiere al domicilio dell'Assicurato, per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa, per effettuare tali prestazioni.

Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

ASSISTENZA NOTTURNA IN ISTITUTO DI CURA - Qualora l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, a causa di infortunio o malattia indennizzabile a termini della polizza Saracheckup di riferimento, sia stato ricoverato presso un Istituto di cura, purché situato in Italia, e necessiti di assistenza notturna, la Società previo accordo tra il medico della Centrale Operativa ed il medico ospedaliero che ha in cura l'Assicurato, provvederà ad inviare personale socio-assistenziale, presso l'Istituto di cura dove l'Assicurato è ricoverato. Per ogni anno di validità della copertura la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione e di attivazione del servizio, gli onorari del personale socio-assistenziale fino ad un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa. Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

SPESA A DOMICILIO E PAGAMENTO BOLLETTE IN SCADENZA - Qualora l'Assicurato, che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, si trovi degente presso il proprio domicilio a causa di infortunio o malattia invalidanti, indennizzabili a termini della polizza Saracheckup di riferimento, la Centrale operativa provvederà al recapito della spesa presso il domicilio dell'Assicurato nonché al pagamento delle bollette delle utenze in scadenza. La garanzia è prestata per un massimo complessivo di 15giorni per annualità assicurativa. Restano a carico dell'Assicurato i costi delle merci e delle utenze. Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

BABY SITTER PER MINORI DI ANNI 15 O BADANTE PER PERSONE ANZIANE - Qualora l'Assicurato, che conviva da solo con minori di anni 15, a seguito di infortunio o malattia indennizzabili a termini della polizza Saracheckup di riferimento, debba ricoverarsi presso un istituto di cura, la Società provvede al rimborso delle spese documentate per una baby sitter per un massimo di € 500 per anno assicurativo. Qualora invece, l'Assicurato che deve ricoverarsi, conviva da solo con familiare anziano non autosufficiente, con le stesse modalità e negli stessi limiti previsti nella precedente fattispecie, verranno rimborsate le spese per un infermiere o badante. Al fine di ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società l'originale delle fatture o ricevute di spesa.



Ci sono limiti di copertura?

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

PENSIONE PER ANIMALI DOMESTICI - Qualora l'Assicurato, che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con persona anziana non autosufficiente, a seguito di infortunio o malattia indennizzabili a termini della polizza Saracheckup di riferimento, debba ricoverarsi presso un istituto di cura, la Società provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per la pensione per animali domestici di sua proprietà, per un periodo di tempo corrispondente a quello del ricovero, con il limite complessivo di € 25 al giorno e per un massimo di 60 giorni per anno assicurativo. Al fine di ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società l'originale delle fatture o ricevute di spesa e la certificazione del ricovero.

TELESOCOCCORSO A FAMILIARE ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE DELL'ASSICURATO - Qualora l'Assicurato che conviva da solo con familiare anziano non autosufficiente, a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini della polizza Saracheckup di riferimento, venga ricoverato in un Istituto di cura, la Centrale operativa, purché l'abitazione sia dotata di apparecchio telefonico con linea fissa, organizza e eventualmente fornisce gratuitamente, tramite i propri fornitori, un apparecchio per il Telesoccorso per il familiare anziano durante il periodo di ricovero dell'Assicurato, per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa.

L'apparecchio combinatore telefonico potrà attivare contemporaneamente anche i numeri di familiari/conoscenti.

TELESOCOCCORSO ALL'ASSICURATO - Nel caso in cui l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, a seguito di infortunio o malattia indennizzabili a termini della polizza Saracheckup di riferimento, sia degente presso il proprio domicilio, la Società, purché l'abitazione sia dotata di apparecchio telefonico, organizza un servizio ed eventualmente fornisce gratuitamente all'Assicurato, tramite i propri fornitori, un apparecchio per il Telesoccorso per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa. L'apparecchio combinatore telefonico potrà attivare contemporaneamente anche i numeri di familiari/conoscenti.

ESCLUSIONI E RIVALSE

FORMULA PLUS

CURE VETERINARIE - Sono escluse dalla presente garanzia le spese per vaccini o per interventi chirurgici di sterilizzazione.

FORMULA BENESSERE

CURE TERMALI - Sono escluse delle spese alberghiere.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro: Nel caso in cui l'Assicurato intenda usufruire delle prestazioni dei Centri o dei medici specialisti convenzionati deve rivolgersi alla Centrale Salute, la telefonata è considerata denuncia di sinistro. Qualora sia impossibilitato a telefonare, l'Assicurato può scrivere a: Sara Assicurazioni Back Office Sinistri Malattia Via Po 20 Roma 00198.

Qualora l'Assicurato non si avvalga della rete di strutture convenzionate con la Società, in caso di sinistro, l'Assicurato o chi per lui, devono darne comunicazione scritta all'indirizzo su indicato.

In alternativa possono darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Società, entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. La denuncia dovrà essere corredata da certificazione medica.

In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari e produrre copia conforme all'originale della cartella clinica completa.

In caso di infortunio, la denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Assistenza diretta/in convenzione: nel caso in cui l'Assicurato intenda usufruire delle prestazioni dei Centri o dei medici specialisti convenzionati deve rivolgersi alla Centrale Salute

Gestione da parte di altre imprese: per la liquidazione dei Sinistri relativi al ramo Assistenza la Compagnia si avvale della Struttura Organizzativa esterna di ACI GLOBAL S.p.A., mentre per quelli relativi al ramo Malattia la Compagnia si avvale della Struttura Organizzativa esterna di Blue Assistance S.p.A.

Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 Codice Civile.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP

Obblighi dell'impresa

Dopo aver verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro sessanta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Rimborso	Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Assicurato può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato. La Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa la periodo di rischio non corso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere il contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il contratto non prevede il diritto del contraente di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.



A chi è rivolto questo prodotto?

Chi vuole una copertura per le spese mediche in caso di infortunio o malattia.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari a € 367,07.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, un servizio assicurativo o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Sara Assicurazioni Spa - Direzione Affari Legali e Societari – Funzione Reclami- Via Po, 20 -00198 Roma – Italia - Fax 06.8475254 - e-mail: gest.reclami@sara.it. I reclami possono essere inoltrati anche compilando il form presente nella apposita sezione dedicata ai reclami nel sito della Compagnia www.sara.it . L'impresa dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni ovvero in caso di reclami non riguardanti il contratto, un servizio assicurativo o la gestione di un sinistro, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle assicurazioni (D.Lgs.209/2005) e delle relative norme di attuazione, potrà rivolgersi per iscritto all'IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma – fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353 - ivass@pec.ivass.it ; (sul sito www.ivass.it è reperibile un apposito modello) Il reclamo dovrà contenere: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esauriva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	<p>E' un istituto introdotto con il D.Lgs. n. 28/2010 e si differenzia dalla negoziazione perché è prevista la presenza, oltre che degli avvocati che rappresentano le parti, di un soggetto terzo, estraneo, e quindi imparziale, denominato mediatore. La mediazione si svolge avanti uno degli Organismi di mediazione scelto dalla parte richiedente, tra quelli sotto indicati, eventuali aggiornamenti verranno pubblicati sul sito (https://mediazione.giustizia.it/ROM/ALBOORGANISMIMEDIAZIONE.ASPX).</p> <p>Ogni controversia nascente o comunque collegata a questo Contratto dovrà, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010, se ed in quanto applicabile, preliminarmente essere oggetto di un tentativo di composizione che si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione di seguito indicati e di volta in volta scelto dalla parte richiedente. La sede del tentativo sarà quella principale o quella distaccata dell'Organismo prescelto. Si applicherà al tentativo il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto. La scelta da parte del contraente, o del beneficiario del contratto ovvero di Sara, di un Organismo di mediazione diverso da quelli indicati costituirà per l'altra parte giustificato motivo di mancata partecipazione al tentativo di composizione. Sara potrà integrare l'elenco sotto riportato di organismi di mediazione mediante pubblicazione in forma telematica di elenchi aggiornati sul sito internet www.sara.it.</p> <p>Elenco degli organismi di mediazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane (www.camcom.gov.it) 2) ADR Center (www.adrcenter.com) 3) IFOAP Concilia (www.ifoapconcilia.it)
Negoziazione assistita	<p>La negoziazione assistita è un istituto introdotto con il D.L. n. 132/2014 e consiste in una procedura condotta dagli avvocati nominati dalle parti che si incontrano con il fine di cercare una soluzione bonaria alla controversia insorta con la Compagnia. Può essere sempre utilizzata in via facoltativa, anche al di fuori dei casi in cui la legge la prevede come procedura obbligatoria, prima di ricorrere in giudizio.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internalmarket/finservicesretail/finnet/index.en.htm</p> <p>Arbitrato: Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.</p> <p>In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.</p>

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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

Contratto di assicurazione per la tutela della salute

Sara Check up

Condizioni di Assicurazione
Modello: 51IM Edizione: 10/2019

INDICE

LA CENTRALE OPERATIVA DI ASSISTENZA	3
GLOSSARIO	4
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COMUNI A TUTTE LE SEZIONI	6
2 SEZIONE MALATTIA	9
Che cosa posso assicurare	9
Contro quali danni posso assicurarmi	9
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	13
Tabella riassuntiva dei limiti, franchigie e scoperti	20
3 GARANZIE AGGIUNTIVE	23
3.1 SEZIONE INDENNITA' DI DEGENZA, CONVALESCENZA E GESSATURA	23
Che cosa posso assicurare	23
Contro quali danni posso assicurarmi	23
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	24
Tabella riassuntiva dei limiti, franchigie e scoperti	25
3.2 SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	25
Che cosa posso assicurare	25
Contro quali danni posso assicurarmi	25
Come e con quali condizioni assicurative mi assicuro	25
Tabella riassuntiva dei limiti, franchigie e scoperti	26
3.3 SEZIONE FORMULE	26
Che cosa posso assicurare	26
Contro quali danni posso assicurarmi	27
Come e con quali condizioni assicurative mi assicuro	30
Tabella riassuntiva dei limiti, franchigie e scoperti	31
4 SEZIONE GARANZIE DI ASSISTENZA	33
Che cosa posso assicurare	33
Contro quali danni posso assicurarmi	33
Come e con quali condizioni assicurative mi assicuro	35
Tabella riassuntiva dei limiti, franchigie e scoperti	35
5 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	36
Tutte le Sezioni	36
Sezione Malattia	36
Sezione Indennità di Degenza Convalescenza e Gessatura	37
Sezione Invalidità Permanente da Malattia	38
Sezione Formule	39
Sezione Assistenza	39
ALLEGATO 1)	41

LA CENTRALE OPERATIVA DI ASSISTENZA

Sara Assicurazioni provvede, per il tramite della Centrale Operativa di Aci Global - con sede in Viale Sarca 336 - 20126 Milano - ad erogare le prestazioni di ASSISTENZA previste alla sezione 4 Sezione garanzie di assistenza delle presenti condizioni.

Per ottenere una prestazione l'Assicurato dovrà prendere contatto con la Centrale Operativa utilizzando uno dei seguenti numeri:

Numero verde: 800.095.095

Per chi chiama dall'estero : +39.02.66165538

FAX: +39.02.6610044

comunicando: cognome e nome, numero di polizza, tipo di prestazione di cui necessita, indirizzo temporaneo se diverso dal domicilio, recapito telefonico.

LA CENTRALE SALUTE

Attraverso lo stesso numero verde della Centrale Operativa Assistenza si può accedere alla Centrale Salute, che ha il compito di attivare tutte le garanzie malattia della polizza SaraCheckUp od attraverso i numeri 800.095.095 o direttamente Centrale Salute tramite il numero 800.896.992 e dall'estero (0117425692). La Centrale Salute, quindi, riceve e gestisce tutte le denunce di sinistro ed inoltre provvede a gestire i sinistri ed a fornire la "presa in carico" delle prestazioni dei Centri e degli Specialisti convenzionati, per la quale l'assicurato deve necessariamente rivolgersi alla Centrale Salute,

Ogni comunicazione scritta ed eventuale documentazione andranno consegnate in Agenzia o inviate al seguente indirizzo:

SARA assicurazioni spa

Back Office sinistri Malattia

Via Po, 20

00198 ROMA

Consigli medici telefonici:

L'assicurato può usufruire 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, di un servizio di consulenza medica telefonica.

Il servizio medico della Centrale Salute, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire consigli medici di carattere generale. Gli stessi consulenti medici sono a disposizione per fornire informazioni sui medicinali commercializzati in Italia, su composizione, equivalenza prodotti, posologie nonché su eventuali controindicazioni. I consulenti medici non forniranno diagnosi o prescrizioni, ma faranno il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

GLOSSARIO

Ambulatorio : struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni medico chirurgiche nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale

Assicurato : il soggetto il cui interesse e' protetto dall'assicurazione

Assicurazione : il contratto di assicurazione

Assistenza: l'aiuto tempestivo, in denaro od in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro

Cartella clinica : documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenete le generalità per esteso, diagnosi anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale Salute: Centrale salute di Blue Assistance SpA, Corso Svizzera, 185, 10149 Torino, cui presentare la richiesta di indennizzo o di presa in carico per indennizzo tramite pagamento diretto (vedi definizioni) ai Centri convenzionati. La Centrale osserva il seguente orario: lunedì - venerdì ore 08,00 - ore 18. Numero telefonico: 800.095.095, 800.896.992 e dall'estero (0117425692). La Centrale fornisce inoltre informazioni sullo stato del sinistro; informazioni relative ai Centri convenzionati; indicazioni in merito alle modalità di presa in carico.

Ogni comunicazione scritta ed eventuale documentazione andranno consegnate in Agenzia o inviate al seguente indirizzo:

SARA assicurazioni spa
Back Office sinistri Malattia
Via Po, 20
00198 ROMA

Si rende noto che la compagnia ha con detta struttura organizzativa rapporti di gruppo, rapporti di affari propri o di società del Gruppo. A tal riguardo la Società ha elaborato ed attuato e mantiene efficaci presidi organizzativi ed amministrativi per la gestione di eventuali conflitti di interesse e si impegna comunque ad agire in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei Contraenti.

Qualora variesse la Centrale incaricata della gestione degli indennizzi, la Società provvederà a darne tempestivo avviso agli assicurati comunicando anche i riferimenti della nuova Centrale (verranno garantite le stesse fasce orarie del servizio), fermo restando la gestione degli indennizzi in corso.

Centrale operativa Assistenza: SARA Assicurazioni provvede, per il tramite della Centrale Operativa di Aci Global – con sede in viale Sarca 336 a Milano, ad erogare le prestazioni di ASSISTENZA previste al relativo capitolo. Per ottenere una prestazione l'Assicurato dovrà prendere contatto con la Centrale Operativa di Assistenza ACI Global ai seguenti numeri: Numero verde a chiamata gratuita 800.095.095 o la linea telefonica normale da utilizzarsi in particolare per chi chiama dall'estero: 0039.02.66165538. La Centrale è in funzione 24 ore su 24.

Si rende noto che la compagnia ha con detta struttura organizzativa rapporti di gruppo, rapporti di affari propri o di società del Gruppo. A tal riguardo la Società ha elaborato ed attuato e mantiene efficaci presidi organizzativi ed amministrativi per la gestione di eventuali conflitti di interesse e si impegna comunque ad agire in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei Contraenti.

Centro convenzionato/medico specialista convenzionato : istituto di diagnosi e/o cura - medico specialista, convenzionato con la Società, che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti (fatta eccezione per eventuali scoperti o franchigie previsti in polizza), in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza, direttamente dalla Società. Sul sito Internet della Società www.sara.it è disponibile l'elenco dei "Centri convenzionati". L'elenco dei Centri convenzionati può essere soggetto a variazioni. Eventuali aggiornamenti dello stesso saranno resi disponibili sul sito Internet della Società www.sara.it e/o informazioni in merito potranno essere richieste alla Centrale Salute.

Per informazioni sui medici specialisti convenzionati e' necessario chiamare la Centrale Salute.

Contraente : il soggetto che stipula l'assicurazione

Franchigia: l'importo dell'indennizzo che rimane a carico dell'assicurato

Frattura : Lesione ossea che consiste in una soluzione di continuità , completa o incompleta con o senza spostamento di frammenti. Frattura esposta: quando il moncone osseo perfora l'epidermide

Gessatura : l'apparecchiatura 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.

Indennizzo – Indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

Infortunio : l'evento dovuto a causa fortuita , violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili

Intervento chirurgico : intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser o crioterapia

Istituto di cura : l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano istituti di cura gli istituti termali, le strutture di convalescenza e di soggiorno e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

Malattia : ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio

Malformazione – difetto fisico: ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile

Pagamento diretto : il pagamento che la Società, in nome e per conto dell'Assicurato, effettua, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza, a favore dei Centri convenzionati per le prestazioni previste nelle garanzie di polizza e prese in carico dalla Centrale Salute.

Polizza : il documento che prova l'assicurazione

Premio : la somma dovuta dal Contraente alla Società

Presa in carico : documento che la Centrale Salute, su richiesta dell'Assicurato e dopo valutazione dell'operatività della garanzia richiesta, invia ai Centri convenzionati, con il quale la Società si impegna in nome e per conto dell'Assicurato, a pagare le prestazioni effettuate dai Centri convenzionati a favore dell'Assicurato, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza.

Ricovero : la permanenza in istituto di cura con pernottamento.

Ricovero diurno (Day Hospital) : la permanenza in istituto di cura senza pernottamento

Rischio : la possibilità che si verifichi il sinistro

Scoperto : l'importo percentuale dell' indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato

Sinistro : il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stata prestata l'assicurazione

Società : SARA assicurazioni spa

Stato patologico : ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio

Viaggio : lo spostamento dell'Assicurato dalla propria residenza/soggiorno ad oltre 50 Km dal comune di residenza/soggiorno.

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 1.1 PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione vale per gli Assicurati, indicati nel simplotto di polizza, che al momento della stipula risultino regolarmente assicurabili ai sensi dell'art. 1.2 "Persone non assicurabili" e per i quali sia stato pagato il premio di polizza.

Art. 1.2 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV. L'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 1.3 SOMME ASSICURATE

La somma assicurata rappresenta per la Società il limite massimo di esposizione a cui essa è tenuta in relazione ad ogni singola persona assicurata e per annualità assicurativa.

Formula Platinum:

€ 1.000.000 in caso di utilizzo di Centri convenzionati;
€ 500.000 in caso di utilizzo di Centri non convenzionati.

Formula Gold:

€ 500.000 in caso di utilizzo di Centri convenzionati;
€ 300.000 in caso di utilizzo di Centri non convenzionati.

Formula Silver:

€ 300.000 in caso di utilizzo di Centri convenzionati;
€ 200.000 in caso di utilizzo di Centri non convenzionati.

Per le eventuali "Garanzie aggiuntive" (Sezione 3), "Indennità di degenza e convalescenza" e "Invalidità permanente da malattia", le somme assicurate sono quelle indicate sul frontespizio di polizza.

Art. 1.4 PREMIO

Il premio annuale indicato nel simplotto di polizza, calcolato con riferimento all'età ed alla provincia di residenza dell'Assicurato, è convenuto per la durata del contratto prevista nello stesso frontespizio, fermo restando quanto disposto dall'art. 1.5 "Indicizzazione delle somme assicurate e del premio". In caso di mancato rinnovo del contratto ai sensi dell'art. 1.6 "Durata del contratto e proroga tacita" la garanzia cessa automaticamente alla scadenza.

Alla scadenza indicata nel frontespizio di polizza e ad ogni successivo tacito rinnovo, qualora l'età raggiunta a tale data, anche da uno solo degli assicurati, comporti in base alla tariffa vigente un premio diverso da quello inizialmente pattuito, la Società può richiedere l'adeguamento del premio mediante comunicazione della variazione inviata almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto.

La variazione si intende accettata dal Contraente in caso di proroga tacita del contratto ai sensi dell'art. 1.6 "Durata del contratto e proroga tacita".

Qualora in corso di polizza anche uno solo degli Assicurati effettui un cambio di residenza che comporti in base alla tariffa vigente un premio diverso da quello inizialmente pattuito, la Società può chiedere l'adeguamento del premio mediante comunicazione inviata almeno 60 giorni prima della scadenza annuale di polizza; la variazione si intende accettata dal Contraente in caso di pagamento del premio, in caso di non accettazione il Contraente deve effettuare disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale di polizza.

Fermo quanto disposto dall'art. 1.7 "Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa", l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quella della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 c.c..

Art. 1.5 INDICIZZAZIONE

Le somme assicurate, il premio nonché gli eventuali massimi indennizzi e sottolimiti, se espressi in cifra assoluta, sono collegati al "numero indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute" pubblicato dall'Istituto Nazionale di Statistica.

Non sono soggette ad indicizzazione le franchigie e le somme espresse in cifra fissa relativamente agli scoperti previsti nella normativa di polizza.

L'indicizzazione è calcolata come segue:

alla polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di settembre dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;

- alla scadenza di ogni rata annua si effettua il confronto tra l'indice iniziale di riferimento e l'indice del mese di settembre dell'anno solare precedente quello di detta scadenza;

- l'aumento o la riduzione decorrono dalla scadenza della rata annua.

Viene fatta salva la facoltà da parte della Società, nell'ipotesi in cui non dovesse risultare più operativo l'"indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute", di sostituirlo con altro analogo principio oggettivo di adeguamento del valore iniziale delle prestazioni e del premio. In tal caso la Società comunica la variazione al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

Art. 1.6 DURATA DEL CONTRATTO E PROROGA TACITA

La durata del contratto e' indicata nel frontespizio di polizza.

Fermo restando quanto previsto dall art. 1.4 "Premio", il contratto si rinnova tacitamente per un anno e cosi di anno in anno , salvo in caso di disdetta comunicata da una delle parti all'altra mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza. Il rinnovo tacito non si applica ai contratti di durata inferiore ad un anno.

Il contratto se poliennale non è rescindibile per la durata contrattuale pattuita, secondo quanto previsto dall'art. 1899 c.c, a fronte di una riduzione del premio di tariffa per un importo pari a quanto previsto in polizza.

Art. 1.7 DECORRENZA DELLA GARANZIA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- per gli infortuni: dal momento in cui, ai sensi dell'art. 1.4 "Premio", ha effetto l'assicurazione;
- per le malattie: dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- per il parto: dal duecentosettantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione: dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di trenta giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, gli anzidetti termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime.

Per converso qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese in detta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i sopra indicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.

Art. 1.8 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO – AGGRAVAMENTO O DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonche' la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 c.c.

Nel caso di diminuzione del rischio la Società e' tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 c.c. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DELL'ASSICURATO SULLA NECESSITA' DI RISPONDERE IN MANIERA PRECISA E VERITIERA ALLE DOMANDE POSTE SUL QUESTIONARIO ANAMNESTICO.

Art. 1.9 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 c.c.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione la Società non e' tenuta a corrispondere l'indennizzo.

Art. 1.10 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.11 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Assicurato può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato.

La Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa la periodo di rischio non corso.

Ai fini dell'applicazione della presente clausola, non sono considerati sinistri le visite e gli esami diagnostici di cui al capitolo 2.4 nonchè i controlli previsti al capitolo 2.1 Medicina Preventiva, artt. 2.1.1 Check up e 2.1.2 Programma Mantenimento Salute.

Il presente prodotto non prevede il recesso per sinistro da parte della Società.

Art. 1.12 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

Art. 1.13 ONERI FISCALI

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

Art. 1.14 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non e' qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 1.15 MEDIAZIONE

Ogni controversia nascente o comunque collegata a questo Contratto dovrà, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010, se ed in quanto applicabile, preliminarmente essere oggetto di un tentativo di composizione che si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione di seguito indicati e di volta in volta scelto dalla parte richiedente.

La sede del tentativo sarà quella principale o quella distaccata dell'Organismo prescelto. Si applicherà al tentativo il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto. La scelta da parte del contraente, o del beneficiario del contratto ovvero di Sara, di un Organismo di mediazione diverso da quelli indicati costituirà per l'altra parte giustificato motivo di mancata partecipazione al tentativo di composizione. Sara potrà integrare l'elenco sotto riportato di organismi di mediazione mediante pubblicazione in forma telematica di elenchi aggiornati sul sito internet www.sara.it.

Elenco degli organismi di mediazione:

- 1) Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane (www.camcom.gov.it)
- 2) ADR Center (www.adrcenter.com)
- 3) IFOAP Concilia (www.ifoapconcilia.it)

Art. 1.16 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione, fatta eccezione per le garanzie di Assistenza, è valida per tutto il mondo, fermo restando che gli indennizzi vengono liquidati in Italia ed in valuta avente corso legale in Italia.

2 SEZIONE MALATTIA

Che cosa posso assicurare

La Società provvede all'indennizzo di spese di medicina preventiva e di cura nei limiti e nei termini previsti nelle condizioni di assicurazione; la copertura assicurativa è disponibile in tre Formulazioni: Platinum, Gold e Silver

Contro quali danni posso assicurarmi

2.1 MEDICINA PREVENTIVA

La presente sezione è operante per tutte le Formule Saracheckup (Platinum, Gold e Silver)

Art. 2.1.1 CHECKUP

Entro il termine della seconda annualità del contratto la Società offre all'Assicurato la possibilità di effettuare gratuitamente un checkup presso i Centri convenzionati, anche in assenza di alterazioni morbose. Il checkup comprende di base i seguenti esami: per le donne: elettrocardiogramma a riposo, esame completo delle urine ed i seguenti esami del sangue: Ca15.3, test per epatite HCV, emocromo completo, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES; per gli uomini: elettrocardiogramma a riposo, RX del torace, esame completo delle urine ed i seguenti esami del sangue: test per epatite HCV, emocromo completo, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES; per i bambini fino a 6 mesi: ecografia delle anche; per i bambini fino a 12 anni: visita oculistica/ortottica ed i seguenti esami: emocromo completo, emogruppo e fattore RH, conteggio reticolociti, glicemia, creatininemia, sideremia, bilirubinemia, TAS, PCR, VES ed esame urine completo. Fa seguito al checkup, un incontro conclusivo, nel corso della quale il medico fiduciario della Società (per i bambini un pediatra) valuta ed espone all'Assicurato i risultati degli esami. In questa sede il medico prenderà nota di eventuali fattori di rischio specifici della persona assicurata e/o di origine familiare.

Art. 2.1.2 PROGRAMMA MANTENIMENTO SALUTE

L'Assicurato **dopo aver eseguito il checkup** di cui al punto precedente, può partecipare ad un programma personalizzato e mirato al mantenimento dello stato di salute, tramite la prevenzione e la diagnosi precoce.

L'Assicurato, previa presa in carico della Centrale Salute, potrà presentarsi presso i **Centri Convenzionati**, dove verranno eseguiti gli esami diagnostici e le visite specialistiche di medicina preventiva ritenuti necessari dal medico curante dell'assicurato; **è necessaria prescrizione medica.**

Le visite e gli esami previsti dalla presente garanzia sono esclusivamente quelli legati a fattori di rischio specifici della persona assicurata (anche quelli legati all'età) e/o di origine familiare.

La Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato del 75% del costo degli esami diagnostici e delle visite specialistiche effettuate dall'Assicurato su prescrizione del suo medico fiduciario. Il pagamento dello scoperto viene effettuato direttamente dall'Assicurato secondo le modalità definite all'art. 5.2.3 "Criteri di liquidazione".

2.2 INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI

Art. 2.2.1 GARANZIE

a) La Società **in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, o di intervento chirurgico anche in assenza di ricovero**, reso necessario da malattia o da infortunio che risultino in garanzia a termini di polizza, provvede ad indennizzare le seguenti spese inerenti al ricovero od all'intervento chirurgico (nei limiti previsti al capitolo 2.6 "Indennizzi interventi chirurgici e ricoveri")

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante, attivo e necessario, all'intervento
- apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento
- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, relativamente al periodo del ricovero
- rette di degenza

b) La Società provvede inoltre, nei casi di cui al precedente punto a), al rimborso delle spese, inerenti all'intervento chirurgico od al ricovero, sostenute dall'Assicurato (nei limiti previsti al capitolo 2.6 "Indennizzi Interventi chirurgici e ricoveri") per:

- **nei 120 giorni precedenti** all'intervento chirurgico od alla data di inizio del ricovero:
- esami diagnostici e visite specialistiche
- trasporto in autoambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, per un costo massimo di € 300,00 per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato ad € 6.000 se il trasporto avviene in eliambulanza (tale importo è previsto solo per questa prestazione).
- nei 120 giorni successivi all'intervento chirurgico od alla data di termine del ricovero:
- fisioterapia e trattamenti rieducativi
- cure termali (escluse spese alberghiere)
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche
- esami diagnostici e visite specialistiche
- medicinali

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

c) In caso di **ricovero in day hospital, senza intervento chirurgico**, reso necessario da malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, la polizza e' operante unicamente per le spese relative agli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e le rette di degenza riguardanti il periodo di ricovero, nonché al rimborso delle spese di trasporto in ambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, regolate come da punto b) del presente articolo.

d) Sono compresi in copertura con le stesse garanzie e modalità di cui ai precedenti punti a) e b) gli interventi chirurgici per l'eliminazione di ernie purchè indennizzabili a termini di polizza, con il limite massimo di indennizzo di € 10.000.

e) Sono comprese in garanzia, con le stesse modalità di cui ai precedenti punti a) b) le cure dentarie o delle paradontopatie soltanto se conseguenti ad infortunio documentato, verificatosi successivamente alla stipula della polizza, con esclusione delle spese per protesi.

f) Sono comprese in garanzia, con le stesse modalità di cui ai precedenti punti a) e b) , le spese per chirurgia plastica e stomatologica ricostruttiva rese necessarie da infortunio documentato o da neoplasie maligne, indennizzabili a termini di polizza.

g) Malattia oncologica

In caso di malattia oncologica, oltre a quanto indicato nell'art. 2.2.1 "Garanzie" di "Interventi chirurgici e ricoveri" l'impresa rimborsa entro il limite di € 15.000 per persona ed annualità assicurativa:

- le spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici che abbiano confermato la malattia oncologica, anche se non seguiti da ricovero;

- in presenza di ricovero, anche in day hospital , nei termini di cui al capitolo 2.6 "Indennizzi interventi chirurgici e ricoveri" le spese per visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla malattia oncologica nei due anni successivi alla data di cessazione del primo ricovero relativo alla malattia stessa;

- in presenza di ricovero, le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione entro il sottolimito per anno assicurativo di € 6.000,00.

Per i farmaci ad uso antiblastico, ove prescrivibili dal Servizio Sanitario Nazionale, verrà rimborsato l'eventuale ticket.

Art. 2.2.2 GARANZIE COMUNI

A - ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Nei casi di sinistro comportante intervento chirurgico o ricovero in un Istituto di cura (anche in day hospital) non convenzionato, l'Assicurato ha diritto ad ottenere un'anticipazione dell'indennizzo a condizione che fornisca la documentazione medica sufficiente alla Società per accertare l'indennizzabilità del sinistro stesso.

L'anticipazione dell'indennizzo è effettuata dalla Società nei limiti e con le modalità seguenti:

la Società corrisponde il 70% delle spese che l'Assicurato deve sostenere in base al preventivo rilasciato dall'istituto di cura (detratti franchigia o scoperti se presenti), purchè dette spese non risultino inferiori ad € 1.000,00.

Qualora a cure ultimate dovesse risultare che l'indennizzo non era dovuto o era dovuto in misura inferiore a quanto anticipato, la Società ha diritto alla restituzione, entra 15 giorni dalla richiesta formale, degli importi anticipati.

B - INFORTUNI ALL'ESTERO

Qualora l'assicurato che si trovi all'estero subisca un infortunio certificato da documentazione del locale pronto soccorso e le condizioni dell'Assicurato, comprovate da documentazione medica, rendano necessario il ricovero e/o un intervento chirurgico nello stato estero in cui l'Assicurato si trova, la Società provvederà al rimborso delle spese del ricovero e/o dell'intervento chirurgico senza applicazione di scoperti o franchigie. Non sono considerati estero lo Stato Città del Vaticano e la Repubblica di S.Marino.

2.3 PARTO NATURALE O CESAREO

Art. 2.3.1 GARANZIE

a) La Società in caso di parto, naturale o cesareo, che risulti in garanzia a termini di polizza, provvede all'indennizzo delle seguenti spese inerenti il parto (nei limiti previsti al capitolo 2.7 "Indennizzi per parto naturale o cesareo"):

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante, attivo e necessario, all'intervento
- assistenza medica ed infermieristica, medicinali ed esami relativamente al periodo del ricovero;
- rette di degenza
- le **spese di baby room**, neonatologo ed incubatrice, nel periodo di permanenza del neonato nell'istituto di cura, successivamente al parto
- **esami clinici e strumentali ritenuti necessari dai medici per il neonato**, nel periodo di permanenza nell'istituto di cura, successivamente al parto

b) La Società provvede inoltre, nei casi previsti al precedente punto a), al rimborso delle spese, relative al parto, sostenute dall'Assicurata (nei limiti previsti al capitolo 2.7 "Indennizzi per parto naturale o cesareo") per:

nei 120 giorni precedenti all'intervento chirurgico od alla data di inizio del ricovero:

- esami diagnostici e visite specialistiche (con il limite di 3 visite specialistiche e 3 ecografie).
- trasporto in autoambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, per un costo massimo di € 300,00 per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato ad € 6.000 se il trasporto avviene in elimbulanza (tale importo è previsto solo per questa prestazione e la somma è da ritenersi aggiuntiva rispetto a quanto disposto al capitolo 2.7 "Indennizzi per parto naturale o cesareo").

nei 120 giorni successivi all'intervento chirurgico od alla data di termine del ricovero:

- esami diagnostici e visite specialistiche
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, medicinali

Art. 2.3.2 CURE BAMBINI FINO A DUE ANNI DI ETA'

(garanzia operativa solo per le Formule Platinum e Gold, NON presente nella Formula Silver)

Qualora, per il bambino, non assicurato in polizza ma nato da parto indennizzabile ai sensi della presente normativa, si rendesse necessario nei primi due anni di vita un ricovero o un intervento chirurgico per malattia, o infortunio, la Società provvede all'indennizzo delle spese di cura con gli stessi limiti e le stesse garanzie previste per la madre, purchè sia stato pagato il premio di polizza. **Sono incluse le malformazioni e/o le patologie congenite.**

Ai fini dell'operatività della presente garanzia il nominativo del bambino dovrà essere segnalato all'Agenzia Sara di riferimento entro sei mesi di vita del bambino. La garanzia cessa automaticamente al compimento del secondo anno del bambino. La copertura potrà proseguire tramite inserimento del bambino in polizza come Assicurato ed il pagamento del relativo premio.

Art. 2.3.3 MALATTIE RARE BAMBINI FINO A DUE ANNI DI ETA'

A - Qualora, al bambino nato da parto indennizzabile ai sensi di polizza, venga diagnosticata nel corso dei primi due anni di vita una "malattia rara" (intendendosi per tale le patologie di cui al DM 18/05/2001 n° 279 e successive modifiche), la Società mette a disposizione le seguenti garanzie per il bambino, purchè sia stato pagato il premio di polizza per la madre:

A.1 Trasferimento in centri specializzati (questa garanzia è operante se è operante la garanzia Assistenza per la madre) (Assistenza)

Qualora il neonato che si trovi in Italia, a seguito di malattia rara debba essere ricoverato presso Centri specializzati situati al di fuori della propria regione di residenza, la Centrale Operativa, organizza il trasferimento del bambino presso il Centro individuato, con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea, treno, autoambulanza od altro).

Il mezzo più idoneo verrà identificato a discrezione dei medici della Centrale Operativa.

La Centrale operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei paesi europei.

La Società tiene a proprio carico il costo del trasferimento del paziente incluse le spese di un medico e/o infermiere che accompagnino il paziente stesso.

Il trasferimento potrà avvenire con l'eventuale accompagnamento di personale medico ed infermieristico.

Per ogni annualità assicurativa la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione ed attivazione del servizio, le spese di trasporto e gli onorari del personale medico e /o infermieristico di accompagnamento, fino ad un importo globale massimo di € 5000,00 per annualità assicurativa.

Non danno luogo alle prestazioni le terapie riabilitative e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

A.2 Interprete all'estero (questa garanzia è operante se è operante la garanzia Assistenza per la madre) (Assistenza)

Qualora il neonato venga ricoverato in un Istituto di cura a seguito di malattia rara indennizzabile a termini di polizza ed i genitori abbiano difficoltà a comunicare con i medici perché non conoscono la lingua, la Centrale Operativa invierà un interprete.

Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 500,00 per annualità assicurativa.

A.3 Ricerca Centri di eccellenza

Qualora i genitori del bambino affetto da una malattia rara necessitino di informazioni o aiuto nella ricerca di Centri di eccellenza, la Centrale salute provvede a coadiuvare i genitori nella ricerca di centri di cura, pubblici o privati, nazionali o internazionali.

A.4 Rimborso spese per "Secondo parere" medico

Qualora i genitori del neonato affetto da una malattia rara, desiderino ottenere un secondo parere medico qualificato (presso ospedali, centri di ricerca, professionisti), la Società provvede al rimborso, fino ad un massimo di € 1.000,00, delle spese sostenute per :

- **adeguare i documenti** medici ed equiparare i differenti parametri diagnostici ai protocolli dell'Istituzione medico-scientifica da interpellare;
- **tradurli** secondo le richieste dell'Istituzione medico-scientifica prescelta;
- **trasmetterli** all'Istituzione medico-scientifica;

Sono inclusi i costi della prestazione fornita dall'Istituzione medico-scientifica. Sono escluse tutte le altre spese al di fuori di quelle sopra indicate. Tale prestazione non è ripetibile e verrà prestata "una tantum" (una sola volta).

Garanzia operativa solo nella Formula Platinum e Gold:

B - Qualora la malattia rara fosse una malattia di cui all'elenco che segue la Società provvede inoltre a corrispondere una prestazione forfetaria "una tantum" in forma capitale di € 10.000.

La garanzia prevista al presente articolo cessa al compimento del secondo anno del bambino.

- Trasposizione congenitamente corretta dei grossi vasi
- Tetralogia di fallot
- Stenosi valvolare polmonare congenita
- Stenosi sopravvalvolare dell'aorta
- Neuroblastoma
- Onfalocele
- Gastroschisi
- Associazione VATER
- Canale atrioventricolare parziale
- Canale atrioventricolare completo
- Atresia esofagea
- Atresia della tricuspide
- Atresia biliare

2.4 VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI (presenti solo nella Formula Platinum e Gold)

Sono indennizzabili le visite specialistiche e gli esami diagnostici anche in assenza di ricovero e/o intervento chirurgico, nei limiti e con le modalità previste nella parte "Come e con quali condizioni operative mi assicuro" al capitolo 2.8 "Indennizzi visite specialistiche ed esami diagnostici".

2.5 ALTRE GARANZIE

Art. 2.5.1 RECUPERO DA TOSSICODIPENDENZA ED ALCOLISMO (operativa solo sulla Formula Platinum)

Fermo restando quanto previsto dall'art. 1.2 "Persone non assicurabili", qualora nel corso dell'assicurazione, l'Assicurato, immune da tossicodipendenza ed alcolismo al momento della stipula della polizza, venisse colpito da intossicazione da stupefacenti o da alcolismo, la Società si impegna a corrispondere un indennizzo forfetario, "una tantum", pari ad € 2.500,00, all'Assicurato, che si sottoponga a cure disintossicanti continuative presso Centri, Comunità di recupero od Istituti di cura regolarmente abilitati al recupero psicofisico dei tossicodipendenti e degli alcolisti.

Art. 2.5.2 SPESE PER ACCOMPAGNATORE

In caso di ricovero dell'assicurato presso un Centro convenzionato, causato da malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese per rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore.

In caso di ricovero dell'Assicurato, presso un Istituto di cura pubblico o privato non convenzionato, causato da malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese sostenute per rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore con un sottolimito giornaliero di € 50,00, per un massimo di 30 giorni per ogni ricovero.

Art. 2.5.3 INDENNITÀ DI DEGENZA SOSTITUTIVA

L'Assicurato, nel caso in cui debba essere ricoverato in un Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini di polizza, può chiedere in sostituzione integrale del pagamento diretto o del rimborso delle spese previste agli articoli:

2.2.1 "Garanzie" del capitolo 2.2 "Interventi chirurgici e ricoveri";

2.3.1 "Garanzie" del capitolo 2.3 "Parto naturale o cesareo";

2.5.2 "Spese per accompagnatore" del capitolo 2.5 "Altre garanzie";

2.5.4 "Spese trapianto" del capitolo 2.5 "Altre garanzie";

(spese per intervento chirurgico, ricovero e parto, comprese quelle per le prestazioni nei 120 giorni precedenti e successivi, le spese per accompagnatore e le spese trapianto), il pagamento di un'indennità giornaliera di € 100 per ogni giorno di ricovero, **per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa**. L'indennità, dovuta a termini di quanto precede, **spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione**, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati. La Società, a termini di quanto precede e negli stessi limiti, corrisponde l'indennità su detta anche in caso di ricovero in "day hospital".

Art. 2.5.4 SPESE TRAPIANTO

In caso di trapianto di organi o parte di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, nei limiti del **massimale per annualità assicurativa di € 5000** la Società rimborsa tutte le pertinenti spese per il prelievo, per il ricovero, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, le cure, i medicinali, le rette di degenza nonche' le spese per il trasporto degli organi o parte di essi.

In caso di trapianto effettuato sull'Assicurato, nei limiti del massimale suindicato, la Società provvede al rimborso delle spese suindicate relative all'intervento sul donatore vivente.

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

Art. 2.5.5 ACQUISTO PROTESI ORTOPEDICHE ED ACQUISTO O NOLEGGIO AUSILI MEDICO CHIRURGICI (operativa solo su Formula Platinum e Gold)

La Società, fino alla concorrenza di un importo massimo pari ad € 2.500 per annualità assicurativa, provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, in conseguenza di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, per:

- acquisto apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- acquisto amplificatori acustici;
- acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche;
- acquisto o noleggio di erogatori portatili di ossigeno;
- noleggio di apparecchiature per emodialisi.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

2.6 INDENNIZZI INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI

Art. 2.6.1 FORMULA PLATINUM

A - Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati

La Società provvede al "pagamento diretto" al Centro Convenzionato delle spese previste all'art 2.2.1 "Garanzie" di "Interventi chirurgici e ricoveri", lett. a) e c) ed al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lettera b).

B - Interventi chirurgici e ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati

La Società provvede al rimborso delle spese previste alla lettera a) e c) dell'art. 2.2.1 "Garanzie" di "Interventi chirurgici e ricoveri" con applicazione di uno **scoperto del 10% con un minimo non indennizzabile di € 1.500,00 ed un massimo non indennizzabile di € 5.000,00** ed al rimborso delle spese previste alla lett. b).

C - Interventi in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desidera utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) dell'art. 2.2.1 "Garanzie" di "Interventi chirurgici e ricoveri" nei seguenti termini:

la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato ed a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia con applicazione di uno **scoperto del 10% e con il massimo non indennizzabile di € 5.000.**

La società provvede al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) dell'Art. 2.2.1 "Garanzie" di "Interventi chirurgici e ricoveri", fossero già stati indennizzati a termini del capitolo 2.8 "Indennizzi Visite specialistiche ed Esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

Art. 2.6.2 FORMULA GOLD

A - Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati

La Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese previste alla lettera a) e c) dell'art. 2.2.1 "Garanzie" di "Interventi chirurgici e ricoveri" **previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.000** ed al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b)

B - Interventi chirurgici ed i ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati

La Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese previste alla lettera a) e c) dell'art. 2.2.1 "Garanzie" di "Interventi chirurgici e ricoveri", **con applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 2.500,00 ed un massimo non indennizzabile di € 5.000** ed al rimborso delle spese previste alla lett. b)

C - Interventi in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desidera utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) dell'art. 2.2.1 "Garanzie" di "Interventi chirurgici e ricoveri" nei seguenti termini:

la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato previa deduzione di una **franchigia fissa di di € 1.000** ed a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia con applicazione di uno **scoperto del 20% e con il massimo non indennizzabile di € 5.000.**

La Società provvede al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) dell'Art 2.2.1 "Garanzie" di "Interventi chirurgici e ricoveri", fossero già stati indennizzati a termini del capitolo 2.8 "Indennizzi Visite specialistiche ed Esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato

Art. 2.6.2 FORMULA SILVER

A - Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati

La Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese previste alla lettera a) e c) dell'art. 2.2.1 "Garanzie" di "Interventi chirurgici e ricoveri" **previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500** ed al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b)

B - Interventi chirurgici ed i ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati

La Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese previste alla lettera a) e c) dell'art. 2.2.1 "Garanzie" di "Interventi chirurgici e ricoveri", **con applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 2.500,00 ed un massimo non indennizzabile di € 5.000** ed al rimborso delle spese previste alla lett. b).

C - Interventi in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desidera utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) dell'art. 2.2.1 "Garanzie" di "Interventi chirurgici e ricoveri" nei seguenti termini:

la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato previa deduzione di una **franchigia fissa di di € 1.500** ed a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia **con applicazione di uno scoperto del 20% e con il massimo non indennizzabile di € 5.000.**

La Società provvede al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

SCHEDA RIEPILOGATIVA INTERVENTI CHIRURGICI, RICOVERI, DAY HOSPITAL

FORMULA	CENTRO CONVENZIONATO	CENTRO NON CONVENZIONATO	CENTRO CONVENZIONATO EQUIPE MEDICA NON CONVENZIONATA
PLATINUM	PRESA IN CARICO PRESTAZIONE	RIMBORSO CON SCOPERTO 10% MINIMO NON INDENNIZZABILE € 1.500 (CON IL MASSIMO CHE RIMANE A CARICO DEL CLIENTE DI € 5.000)	PRESA IN CARICO SPESE CASA DI CURA RIMBORSO SPESE PER EQUIPE CON SCOPERTO 10% (CON IL MASSIMO CHE RIMANE A CARICO DEL CLIENTE DI € 5.000)
GOLD	PRESA IN CARICO PRESTAZIONE CON FRANCHIGIA € 1.000	RIMBORSO CON SCOPERTO 20% MINIMO NON INDENNIZZABILE € 2.500 (CON IL MASSIMO CHE RIMANE A CARICO DEL CLIENTE DI € 5.000)	PRESA IN CARICO SPESE CASA DI CURA CON FRANCHIGIA € 1.000; RIMBORSO SPESE PER EQUIPE CON SCOPERTO 20% (CON IL MASSIMO CHE RIMANE A CARICO DEL CLIENTE DI € 5.000)
SILVER	PRESA IN CARICO PRESTAZIONE CON FRANCHIGIA € 1.500	RIMBORSO CON SCOPERTO 20% MINIMO NON INDENNIZZABILE € 2.500 (CON IL MASSIMO CHE RIMANE A CARICO DEL CLIENTE DI € 5.000)	PRESA IN CARICO SPESE CASA DI CURA CON FRANCHIGIA € 1.500; RIMBORSO SPESE PER EQUIPE CON SCOPERTO 20% (CON IL MASSIMO CHE RIMANE A CARICO DEL CLIENTE DI € 5.000)

2.7 INDENNIZZI PER PARTO NATURALE O CESAREO

Art. 2.7.1 FORMULA PLATINUM

A - Parto effettuato nei Centri convenzionati

la Società provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato delle spese previste alla lettera a) dell'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo" entro il **limite massimo di € 9.500 per il parto naturale e di € 11.000 per il parto cesareo.**

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo", la Società provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato entro il **limite massimo per sinistro di € 2.000,00.**

B - Parto effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati:

la Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese, previste alla lettera a) dell'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo", entro il **limite massimo di € 8.400,00 per parto naturale e di € 9.800,00 per parto cesareo.**

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. 2.3.1, la Società provvede al rimborso all'Assicurata entro il limite massimo per sinistro di **€ 2.000,00.**

C - Parto in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Qualora, nei casi previsti all'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo", l'Assicurato desidera utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato e l'Assicurato deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro il limite massimo per le equipe mediche di **€ 4.200,00 per parto naturale e di € 6.600,00 per parto cesareo.**

Il massimo indennizzo non potrà essere superiore al limite di € 9.500 per il parto naturale ed € 11.000 per il parto cesareo.

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo", la Società provvede al rimborso entro il **limite massimo per sinistro di € 2.000,00.**

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) dell'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo", fossero già stati indennizzati a termini del capitolo 2.8 "Indennizzi Visite specialistiche ed Esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurata.

Art. 2.7.1 FORMULA GOLD

A - Parto effettuato nei Centri convenzionati

la Società provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato delle spese previste alla lettera a) dell'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo" **previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.000,00 entro il limite massimo di € 9.500 per il parto naturale e di € 11.000 per il parto cesareo.**

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo" la Società provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato **entro il limite massimo per sinistro di € 2.000,00.**

B- Parto effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati

la Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese, previste alla lettera a) dell'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo", entro il limite massimo di **€ 8.400 per parto naturale e di € 9.800 per parto cesareo.**

In questo caso il rimborso verrà effettuato con applicazione di una franchigia fissa di € 1.000,00.

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo" la Società provvede al rimborso all'Assicurata **entro il limite massimo per sinistro. di € 2.000,00.**

C - Parto in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Qualora, nei casi previsti all'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo", l'Assicurata desidera utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato **previa deduzione di una franchigia fissa di di € 1.000,00** e l'Assicurato deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro il limite massimo **per le equipe mediche di € 4.200,00 per parto naturale e di € 6.600,00 per parto cesareo.**

Il massimo indennizzo non potrà essere superiore al limite di € 9.500 per il parto naturale ed € 11.000 per il parto cesareo.

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo", la Società provvede al rimborso **entro il limite massimo per sinistro di € 2.000,00.**

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) dell'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo" fossero già stati indennizzati a termini del capitolo 2.8 "Indennizzi Visite specialistiche ed Esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurata.

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

Art. 2.7.1 FORMULA SILVER

A - Parto effettuato nei Centri convenzionati o non convenzionati

La Società provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato o al rimborso all'Assicurato delle spese previste all'art. 2.3. 1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo" alla lettera a) previa deduzione di una **franchigia fissa di € 1.500,00 ed entro il limite massimo di € 8.400 per parto naturale e di € 9.800 per parto cesareo.**

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo" la Società provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato **nel limite massimo per sinistro di € 2.000.**

B - Parto in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Qualora, nei casi previsti all'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo", l'Assicurato desidera utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato **previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500,00** e l'Assicurato deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro il **limite massimo per le equipe mediche di € 4.200 per parto naturale e di € 6.600 per parto cesareo. Il massimo indennizzo non potrà essere superiore al limite di € 8.400 per il parto naturale ed € 9.800 per il parto cesareo.**

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo", la Società provvede al rimborso **entro il limite massimo per sinistro di € 2.000.**

Per le garanzie di Assistenza presenti sulla garanzia MALATTIE RARE BAMBINI FINO A DUE ANNI DI ETÀ'

Sara Assicurazioni provvede, per il tramite della Centrale Operativa di Acì Global - con sede in Viale Sarca 336 - 20126 Milano - ad erogare le prestazioni di ASSISTENZA

SCHEDE RIEPILOGATIVA PARTO NATURALE E CESAREO

FORMULA	CENTRO CONVENZIONATO	CENTRO NON CONVENZIONATO	CENTRO CONVENZIONATO EQUIPE MEDICA NON CONVENZIONATA
PLATINUM	PRESA IN CARICO ENTRO € 11.000 PARTO CESAREO € 9.500 PARTO NATURALE	RIMBORSO ENTRO € 9.800 PER PARTO CESAREO € 8.400 PER PARTO NATURALE	PRESA IN CARICO SPESE CASA DI CURA RIMBORSO SPESE PER EQUIPE ENTRO € 6.600 PER PARTO CESAREO € 4.200 PER PARTO NATURALE (ENTRO IMPORTO TOTALE DI € 11.000 PER PARTO CESAREO E € 9.500 PER PARTO NATURALE)
GOLD	PRESA IN CARICO CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA € 1.000 ENTRO € 11.000 PARTO CESAREO € 9.500 PARTO NATURALE	RIMBORSO CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA € 1.000 ENTRO € 9.800 PER PARTO CESAREO € 8.400 PER PARTO NATURALE	PRESA IN CARICO SPESE CASA DI CURA CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA € 1.000; RIMBORSO SPESE PER EQUIPE ENTRO € 6.600 PER PARTO CESAREO € 4.200 PER PARTO NATURALE (ENTRO IMPORTO TOTALE DI € 11.000 PER PARTO CESAREO E € 9.500 PER PARTO NATURALE)
SILVER	PRESA IN CARICO CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA € 1.500 ENTRO € 9.800 PARTO CESAREO € 8.400 PARTO NATURALE	RIMBORSO CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA € 1.500 ENTRO € 9.800 PER PARTO CESAREO € 8.400 PER PARTO NATURALE	PRESA IN CARICO SPESE CASA DI CURA CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA € 1.500; RIMBORSO SPESE PER EQUIPE ENTRO € 6.600 PER PARTO CESAREO € 4.200 PER PARTO NATURALE (ENTRO IMPORTO TOTALE DI € 9.800 PER PARTO CESAREO E € 8.400 PER PARTO NATURALE)

2.8 INDENNIZZI VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI

Art. 2.8.1 FORMULA PLATINUM

A - VISITE SPECIALISTICHE

La Società, nei limiti della somma assicurata annua di € 2.500, in caso di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di polizza, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, **su prescrizione medica** indicante la motivazione clinica, provvede:

1 - al pagamento diretto delle spese per visite mediche specialistiche effettuate dall'Assicurato presso i Centri Convenzionati, utilizzando medici specialisti convenzionati. **Le visite mediche specialistiche devono essere prese in carico tramite la Centrale Salute.**

2 - qualora l'Assicurato per l'effettuazione delle visite specialistiche ricorra al S.S.N., la Società provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese per ticket delle visite specialistiche effettuate.

3 - qualora l'Assicurato per l'effettuazione delle visite specialistiche ricorra invece a medici specialisti e/o Centri non convenzionati con la Società, questa provvede al rimborso della fattura al netto di una **franchigia fissa di € 50** per singola fattura, con le modalità e nei termini previsti dall' art. 5.2.3 "Criteri di liquidazione". La modalità di indennizzo a rimborso **non potrà superare il 50% della somma assicurata indicata al presente articolo (art. 2.8.1). Per il rimborso alle fatture dovrà essere allegata la prescrizione medica indicante la motivazione clinica.**

B - ESAMI DIAGNOSTICI

La Società, nei limiti della somma assicurata annua di € 2.500, in caso di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di polizza, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, **su prescrizione medica** indicante il dubbio diagnostico, provvede:

1 - al pagamento diretto delle spese per esami diagnostici effettuati dall'Assicurato presso i Centri convenzionati, utilizzando medici specialisti convenzionati. **Gli esami diagnostici devono essere presi in carico tramite la Centrale Salute.**

2 - qualora l'Assicurato per l'effettuazione degli esami diagnostici ricorra al S.S.N., la Società provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese per ticket degli esami effettuati.

3 - qualora l'Assicurato per l'effettuazione degli esami diagnostici ricorra invece a medici specialisti e/o Centri non convenzionati con la Società, questa provvede al rimborso della fattura al **netto dello scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 50 per singola fattura**, con le modalità e nei termini previsti dall' art. 5.2.3 "Criteri di liquidazione". **La modalità di indennizzo a rimborso non potrà superare il 50% della somma assicurata indicata al presente articolo (art. 2.8.1). Per il rimborso alle fatture dovrà essere allegata la prescrizione medica indicante la motivazione clinica.**

Sono escluse dalle garanzie previste alle lett. A) e B) del presente articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.

Art. 2.8.2 FORMULA GOLD

La Società, nei limiti della somma assicurata annua di € 3.000 in caso di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di polizza, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, **su prescrizione medica** indicante la motivazione clinica, provvede

1 - al pagamento diretto ai Centri convenzionati delle spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici effettuati dall'Assicurato utilizzando medici specialisti convenzionati. **Le visite specialistiche e gli esami diagnostici devono essere presi in carico tramite la Centrale Salute.**

2 - qualora l'Assicurato per l'effettuazione delle visite specialistiche e degli esami diagnostici ricorra al S.S.N., la Società provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese per ticket.

3 - qualora l'assicurato per l'effettuazione delle visite specialistiche o degli esami diagnostici ricorra invece a medici specialisti e/o Centri non convenzionati con la Società, questa provvede al rimborso della fattura per l'esame diagnostico al **netto di una dello scoperto del 25%** con il minimo non indennizzabile di € 50 e al rimborso della fattura per la visita specialistica al **netto di una franchigia fissa di € 50**. Il rimborso avverrà con le modalità e nei termini previsti dall' art. 5.2.3 "Criteri di liquidazione". **La modalità di indennizzo a rimborso non potrà superare il 50% della somma assicurata indicata al presente articolo (art. 2.8.1). Per il rimborso alle fatture dovrà essere allegata la prescrizione medica indicante la motivazione clinica.**

Sono escluse dalle garanzie le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.

Art. 2.8.3 FORMULA SILVER: GARANZIE NON PREVISTE

PER TUTTE LE GARANZIE:

Art. 2.9 RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non e' operante nei casi di:

- a) conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, conosciuti e/o diagnosticati, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- b) aborto volontario non terapeutico;
- c) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- d) prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- e) infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, nonché all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- f) infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);
- g) suicidio e tentato suicidio;
- h) infortuni derivanti:
 - dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura)
 - dalla lotta nelle sue varie forme
 - dalle arti marziali
 - dalla speleologia
 - dall'alpinismo
 - dallo sci estremo
 - dalle immersioni subacquee con autorespiratore
- i) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- l) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- m) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza);
- n) cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- o) le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere;
- p) ricoveri allo scopo di effettuare checkup clinici salvo quanto previsto al capitolo Medicina Preventiva;
- q) le cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatisi successivamente alla stipulazione del contratto, sono escluse in ogni caso le protesi dentarie;
- r) malattie professionali, come definire dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della Polizza;
- s) ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- t) conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- u) conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

PER TUTTE LE GARANZIE DI ASSISTENZA PRESENTI NELLA GARANZIA "MALATTIE RARE FINI AI DUE ANNI DI ETÀ":

Art. 2.10 RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

Si richiamano le esclusioni di cui all'articolo 2.9 "Rischi esclusi dall'assicurazione" della sezione "malattia".

Il diritto alle Prestazioni di Assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni di Assistenza, SARA non è tenuta a fornire Indennizzi o Prestazioni di Assistenza alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Ogni diritto nei confronti di SARA si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra impresa di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del Sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente a SARA nel termine di tre giorni a pena di decadenza.

Nel caso in cui si attivasse altra impresa, le presenti Prestazioni di Assicurazione saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale Indennizzo all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato la Prestazione di Assistenza.

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato nella presente Sezione di norme che regolano le garanzie assistenza, si applicano le disposizioni di legge.

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

Art. 2.11 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per gli Stati dell'Unione Europea (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria), nonché per il territorio della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano, della Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Monaco, Svizzera, Andorra, Bosnia-Erzegovina, Gibilterra, Macedonia, Serbia e Montenegro, Turchia (**limitatamente alla parte europea**).

SCHEDA RIEPILOGATIVA VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI

FORMULA	IN CONVENZIONE	FUORI CONVENZIONE
PLATINUM SOMME ASSICURATE: - € 2.500 VISITE SPECIALISTICHE - € 2.500 ESAMI DIAGNOSTICI	PRESA IN CARICO DELLA PRESTAZIONE	1) (MODALITA' USUFRUIBILE PER UN IMPORTO NON SUPERIORE AL 50% DELLA SOMMA ASSICURATA) RIMBORSO VISITE SPECIALISTICHE CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA € 50. RIMBORSO ESAMI DIAGNOSTICI CON APPLICAZIONE DI SCOPERTO DEL 25% MINIMO NON INDENNIZZABILE € 50 2) RIMBORSO TICKET SSN 100%
GOLD SOMME ASSICURATA: € 3.000 VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI	PRESA IN CARICO DELLA PRESTAZIONE	1) (MODALITA' USUFRUIBILE PER UN IMPORTO NON SUPERIORE AL 50% DELLA SOMMA ASSICURATA) RIMBORSO VISITE SPECIALISTICHE CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA € 50. RIMBORSO ESAMI DIAGNOSTICI CON APPLICAZIONE DI SCOPERTO DEL 25% MINIMO NON INDENNIZZABILE € 50 2) RIMBORSO TICKET SSN 100%

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

Tabella riassuntiva dei limiti, franchigie e scoperti

Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto(€)	Massimo di scoperto (€)	Limite di indennizzo (€)
Spese pre e post interventi Chirurgici e Ricoveri	Non previsto	Non previsto	Non previsto	120 giorni prima e 120 giorni successivi
Trasporto in autoambulanza (spese pre ricovero/intervento)	Non previsto	Non previsto	Non previsto	300 per anno assicurativo
Trasporto in eliambulanza (spese pre ricovero/intervento)	Non previsto	Non previsto	Non previsto	6.000 per anno assicurativo
ernie	Non previsto	Non previsto	Non previsto	10.000
Malattia oncologica -visite specialistiche ed esami diagnostici	Non previsto	Non previsto	Non previsto	15.000 per persona ed anno assicurativo
Malattia oncologica -assistenza infermieristica domiciliare post ricovero	Non previsto	Non previsto	Non previsto	Nei 60 giorni successivi alle dimissioni, € 6.000 per anno assicurativo
Formula Platinum Indennizzi interventi Chirurgici e Ricoveri - Centro NON convenzionato	10	1.500	5.000	Non previsto
Formula Platinum Indennizzi interventi Chirurgici e Ricoveri - con equipe medica NON convenzionata in Centro convenzionato	10 (solo per le spese dell'equipe)	Non previsto	5.000 (solo per le spese dell'equipe)	Non previsto
Formula Gold Indennizzi interventi Chirurgici e Ricoveri - Centro convenzionato	Non previsto	1.000	Non previsto	Non previsto
Formula Gold e Silver Indennizzi interventi Chirurgici e Ricoveri - Centro NON convenzionato	20	2.500	5.000	Non previsto
Formula Gold Indennizzi interventi Chirurgici e Ricoveri - con equipe medica NON convenzionata in Centro convenzionato	20 (solo per le spese dell'equipe)	1.000 (solo per le spese del Centro Convenzionato)	5000 (solo per le spese dell'equipe)	Non previsto
Formula Silver Indennizzi interventi Chirurgici e Ricoveri - con equipe medica NON convenzionata in Centro convenzionato	20 (solo per le spese dell'equipe)	1.500 (solo per le spese del Centro Convenzionato)	5000 (solo per le spese dell'equipe)	Non previsto
PARTO NATURALE O CESAREO				
Spese per parto naturale/cesareo	Non previsto	Non previsto	Non previsto	Nei 120 giorni precedenti, con il limite di 3 visite specialistiche e 3 ecografie)
Spese post parto	Non previsto	Non previsto	Non previsto	120 giorni successivi
Trasporto in autoambulanza (spese pre parto)	Non previsto	Non previsto	Non previsto	300 per anno assicurativo

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto(€)	Massimo di scoperto (€)	Limite di indennizzo (€)
Trasporto in eliambulanza (spese pre parto)	Non previsto	Non previsto	Non previsto	6.000 per anno assicurativo
Malattie rare bambini - Trasferimento in centri specializzati situati al di fuori della regione di residenza e personale medico e/o infermieristico	Non previsto	Non previsto	Non previsto	5.000 per anno assicurativo
Malattie rare bambini - Interprete all'estero	Non previsto	Non previsto	Non previsto	500 per anno assicurativo
Malattie rare bambini - Secondo parere medico	Non previsto	Non previsto	Non previsto	1.000 una tantum
Formula Platinum Indennizzi Parto naturale o cesareo in Centro convenzionato	Non previsto	Non previsto	Non previsto	9.500 (naturale) 11.000 (cesareo)
Formula Platinum Indennizzi Parto naturale o cesareo pre e post parto	Non previsto	Non previsto	Non previsto	2.000 per sinistro
Formula Platinum Indennizzi Parto naturale o cesareo in Centro NON convenzionato	Non previsto	Non previsto	Non previsto	8.400 (naturale) 9.800 (cesareo)
Formula Platinum Indennizzi Parto naturale o cesareo con equipe medica NON convenzionata in Centro convenzionato	Non previsto	Non previsto	Non previsto	4.200 solo equipe (naturale) 6.600 solo equipe (cesareo) 9.500 Centro + equipe (naturale) 11.000 Centro + equipe (cesareo)
Formula Gold Indennizzi Parto naturale o cesareo in Centro convenzionato	Non previsto	1.000	Non previsto	9.500 (naturale) 11.000 (cesareo)
Formula Gold Indennizzi Parto naturale o cesareo in Centro NON convenzionato	Non previsto	1.000	Non previsto	8.400 (naturale) 9.800 (cesareo)
Formula Gold Indennizzi Parto naturale o cesareo con equipe medica NON convenzionata in Centro convenzionato	Non previsto	1.000 sul costo del centro convenzionato	Non previsto	4.200 solo equipe (naturale) 6.600 solo equipe (cesareo) 9.500 Centro + equipe (naturale) 11.000 Centro + equipe (cesareo)
Formula Silver Parto naturale o cesareo in Centro convenzionato e non	Non previsto	1.500	Non previsto	8.400 (naturale) 9.800 (cesareo)
Formula Silver Parto naturale o cesareo con equipe medica NON convenzionata in Centro convenzionato	Non previsto	1.500	Non previsto	4.200 solo equipe (naturale) 6.600 solo equipe (cesareo) 8.400 Centro + equipe (naturale) 9.800 Centro + equipe (cesareo)
Formule Platinum, Gold e Silver spese pre e post parto	Non previsto	Non previsto	Non previsto	2.000

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI				
Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto(€)	Massimo di scoperto (€)	Limite di indennizzo (€)
Formula Platinum Visite specialistiche ed esami diagnostici	Non previsto	Non previsto	Non previsto	2.500
Formula Platinum Visite specialistiche - medici specialisti e/o Centri NON convenzionati	Non previsto	50 per fattura	Non previsto	50% entro la somma massima assicurata di € 2.500
Formula Platinum esami diagnostici	Non previsto	Non previsto	Non previsto	2.500
Formula Platinum Esami diagnostici - Medici specialisti e/o Centri NON convenzionati	25	50 per fattura	Non previsto	50% entro la somma massima assicurata di € 2.500
Formula Gold Visite specialistiche ed esami diagnostici	Non previsto	Non previsto	Non previsto	3.000
Formula Gold Visite specialistiche - medici specialisti e/o Centri NON convenzionati	Non previsto	50	Non previsto	50% entro la somma massima assicurata
Formula Gold Esami diagnostici - medici specialisti e/o Centri NON convenzionati	25	50 per fattura	Non previsto	50% entro la somma massima assicurata
ALTRE GARANZIE				
Recupero da tossicodipendenza ed alcolismo - Formula Platinum	Non previsto	Non previsto	Non previsto	2.500 e una tantum
Indennità per accompagnatore (vitto e pernottamento)	Non previsto	Non previsto	Non previsto	50 per un massimo di 30 giorni per ricovero
indennità di degenza sostitutiva	Non previsto	Non previsto	Non previsto	100 per un massimo di 180 giorni per anno assicurativo
Spese trapianto in qualità di donatore	Non previsto	Non previsto	Non previsto	5.000 per anno assicurativo
acquisto protesi ortopediche ed acquisto/noleggio ausili medico chirurgici (solo formule Platinum e Gold)	Non previsto	Non previsto	Non previsto	2.500 per anno assicurativo

3 GARANZIE AGGIUNTIVE

Le seguenti garanzie sono operanti solo se sono espressamente richiamate sul simplo di polizza e se è stato pagato il relativo premio

3.1 SEZIONE INDENNITA' DI DEGENZA, CONVALESCENZA E GESSATURA

Che cosa posso assicurare

La Società si obbliga a corrispondere un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura e di successiva convalescenza in conseguenza di infortunio, malattia o parto indennizzabili a termini di polizza.

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subisca l'applicazione di gessatura, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di gessatura di un'indennità giornaliera.

Le prestazioni su dette sono indennizzate nei limiti e con le modalità previste nella sezione 5.Cosa fare in caso di sinistro, capitolo 5.3

Contro quali danni posso assicurarmi

Art. 3.1.1 INDENNITÀ DI DEGENZA, CONVALESCENZA E GESSATURA

Qualora l'Assicurato debba essere ricoverato in Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di ricovero, di un'indennità giornaliera determinata come da "Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura" (Formula Silver, Gold o Platinum) riportata all'art. 5.3.3 "Criteri di liquidazione delle indennità di degenza, convalescenza, gessatura e day hospital", per **una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa.**

Per ricoveri determinati da terapie oncologiche la durata massima è di 30 giorni per annualità assicurativa.

L'indennità dovuta a termini di quanto precede spetta a partire dal giorno stesso del ricovero **fino al giorno antecedente a quello della dimissione**, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati.

Per la convalescenza successiva a ricovero dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di **un'indennità giornaliera pari al 50% dell'importo assicurato per la degenza.** La durata della convalescenza è convenzionalmente prefissata in un numero di giorni pari ad una volta e mezzo quella del ricovero, **per una durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa.**

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subisca l'applicazione di gessatura, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di gessatura di un'indennità giornaliera pari all'importo indicato nella "Tabella indennità di degenza, convalescenza e gessatura" suindicata.

L'indennità dovuta a termini di quanto precede, spetta dal giorno stesso di applicazione della gessatura, se non vi è stato ricovero, o dal giorno di dimissione dall'Istituto di cura, se vi è stato ricovero, **per un massimo di 40 giorni per annualità assicurativa.** L'indennità di **gessatura**, se coesistente con l'indennità di convalescenza, la assorbe finché coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire l'importo maggiore.

In caso di frattura radiologicamente diagnosticata, per la quale non sia prevista l'applicazione di gessatura (vedi definizioni) ma che determini per l'assicurato la necessità, certificata da documentazione medica, di immobilizzazione a letto, la Società provvede al pagamento dell'indennità di **gessatura pattuita, per una durata prefissata di giorni venti.** Relativamente alla frattura di coste (o costole) è necessario, per l'applicazione del presente disposto, che la frattura sia relativa ad almeno due coste (o costole).

Art. 3.1.2 DAY HOSPITAL

Qualora sia stata acquistata la garanzia di cui all'art. 3.1.1 "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", la Società, a termini dell'art. 3.1.1 che precede e negli stessi limiti, corrisponde un'indennità anche in **caso di day hospital, in misura del 50% dell'importo assicurato per la sola degenza, per un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa.** Per il ricovero in Day Hospital non è prevista la garanzia convalescenza.

Art. 3.1.3 RICOVERO DEL CONIUGE NON ASSICURATO

Qualora sia stata acquistata la garanzia di cui all'art. 3.1.1 "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", in caso di ricovero contestuale, determinato dallo stesso evento, dell'Assicurato e del coniuge non assicurato, causato da malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, la cui durata sia uguale o superiore a 10 giorni consecutivi, la Società corrisponderà anche al coniuge non assicurato un'indennità di degenza per ogni giorno di ricovero di importo pari a quella dell'Assicurato, **per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa. Non sono applicabili al coniuge le garanzie di convalescenza, gessatura né le indennità previste agli artt. 3.1.2 "Day Hospital", 3.1.4 "Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio che determini una invalidità permanente grave", 3.1.5 "Indennità di degenza per donatore" e 3.1.6 "Indennità per accompagnatore".**

Art. 3.1.4 MAGGIORAZIONE DELL'INDENNITÀ DI DEGENZA IN CASO DI INFORTUNIO CHE DETERMINI UNA INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE

Qualora sia stata acquistata la garanzia di cui all'art. 3.1.1 "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", in caso di ricovero causato da infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini una invalidità permanente superiore al 66% (secondo i criteri di cui all'Allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n° 1124 T.U.), la Società corrisponderà una maggiorazione del 100% sugli importi assicurati per Indennità di degenza **per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa. La maggiorazione verrà corrisposta sulla sola Indennità di degenza.**

Art. 3.1.5 INDENNITÀ DI DEGENZA PER DONATORE

Qualora sia stata acquistata la garanzia di cui all'art. 3.1.1 "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", in caso di trapianto di midollo osseo, organi o parti di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, la Società provvede al pagamento all'Assicurato per ogni giorno di ricovero, di un'indennità determinata come da precedente art. 3.1.1

Art. 3.1.6 INDENNITÀ PER ACCOMPAGNATORE

Qualora sia stata acquistata la garanzia di cui all'art. 3.1.1 "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al rimborso delle spese per vitto e pernottamento di un accompagnatore, presso l'Istituto di cura, entro l'importo giornaliero di € 50, per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

Art. 3.1.7 RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- a) conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, conosciuti e/o diagnosticati, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- b) aborto volontario non terapeutico;
- c) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- d) prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicità;
- e) infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, nonché all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- f) infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);
- g) suicidio e tentato suicidio;
- h) infortuni derivanti:
 - dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura)
 - dalla lotta nelle sue varie forme
 - dalle arti marziali
 - dalla speleologia
 - dall'alpinismo
 - dallo sci estremo
 - dalle immersioni subacquee con autorespiratore
- i) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- l) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- m) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza);
- n) cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- o) le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere;
- p) ricoveri allo scopo di effettuare checkup clinici salvo quanto previsto al capitolo Medicina Preventiva;
- q) le cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatesi successivamente alla stipulazione del contratto, sono escluse in ogni caso le protesi dentarie;
- r) malattie professionali, come definire dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della Polizza;
- s) ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- t) conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- u) conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

Tabella riassuntiva dei limiti, franchigie e scoperti

Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto (€)	Massimo di scoperto (€)	Limite di indennizzo (€)
Indennità di degenza	Non previsto	Non previsto	Non previsto	180 giorni
indennità di degenza - terapie oncologiche	Non previsto	Non previsto	Non previsto	30 giorni
Indennità di convalescenza (post ricovero)	Non previsto	Non previsto	Non previsto	100 giorni con indennità pari al 50% della somma assicurata Degenza
Indennità di gessatura	Non previsto	Non previsto	Non previsto	40 giorni
Indennità di gessatura - frattura radiologicamente diagnosticata, senza gessatura ma con immobilizzazione a letto	Non previsto	Non previsto	Non previsto	20 giorni
Day hospital	Non previsto	Non previsto	Non previsto	180 giorni con il 50% somma assicurata Degenza
Ricovero del coniuge non assicurato	Non previsto	Non previsto	Non previsto	30 giorni per anno assicurativo
Maggiorazione indennità di degenza	Non previsto	Non previsto	Non previsto	100 giorni per anno assicurativo
Indennità per accompagnatore	Non previsto	Non previsto	Non previsto	30 giorni entro il massimo di € 50 al giorno

3.2 SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

La seguente garanzia è operante solo se sono espressamente richiamata sul simplo di polizza e se è stato pagato il relativo premio.

Che cosa posso assicurare

La Società si obbliga ad indennizzare l'Assicurato della perdita definitiva, a seguito di malattia, in misura totale o parziale, della capacità dello stesso Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Contro quali danni posso assicurarmi

In caso di invalidità permanente che sia determinata da malattia indennizzabile a termini di polizza, la Società garantisce il pagamento di un indennizzo fino alla concorrenza della somma assicurata quale risultante pattuita sul frontespizio di polizza alla voce "Invalidità permanente da malattia".

La somma assicurata, rappresenta comunque il massimo importo indennizzabile nell'arco dell'intera durata contrattuale, indipendentemente dal numero delle malattie denunciate.

La valutazione dell'indennizzo viene effettuata secondo le modalità ed i criteri che seguono.

Come e con quali condizioni assicurative mi assicuro

Art. 3.2.1 ACCERTAMENTO DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo è dovuto per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili della malattia denunciata. Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

A maggior chiarimento di quanto sopra indicato devono intendersi per:

- malattie coesistenti: le malattie od invalidità presenti nel soggetto, che riguardano sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla malattia denunciata;
- malattie concorrenti: le malattie ed invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essi causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

L'accertamento del grado di invalidità permanente indennizzabile viene effettuato non prima che sia decorso un anno dalla denuncia e facendo riferimento ai criteri esposti nell' Allegato n° 1 "Parametri indicativi per la valutazione della invalidità permanente da malattia" e non oltre due anni dalla data di denuncia della malattia.

Nei casi di invalidità permanente non specificata nel citato allegato, la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri ed ai criteri di valutazione ivi indicati.

In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita generica capacità lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Per la Determinazione dell'indennizzo vedere la sezione "Cosa fare in caso di sinistro", capitolo 5.4, art. 5.4.2

Art. 3.2.2 RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- stati patologici già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o, nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo, nonché per la parte di somme assicurate eccedente quelle già in corso);
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti; tentato suicidio;
- conseguenze di aborto volontario non terapeutico;
- conseguenze di azioni delittuose tentate o commesse dall'Assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi, dell'Assicurato stesso);
- malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza;
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Tabella riassuntiva dei limiti, franchigie e scoperti

Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto (€)	Massimo di scoperto (€)	Limite di indennizzo (€)
Invalità Permanente da malattia	Non previsto	24%	Non previsto	Non previsto

3.3 SEZIONE FORMULE

Le seguenti garanzie sono operanti solo se sono espressamente richiamate sul simple di polizza e se è stato pagato il relativo premio.

Che cosa posso assicurare

Garanzie aggiuntive dedicate a particolari esigenze del cliente nell'ambito della famiglia, dello sport, del benessere e dell'assistenza ai single.

Contro quali danni posso assicurarmi

Art. 3.3.1 FORMULA PLUS

Le garanzie previste nella presente Formula valgono per le persone assicurate per cui risulta espressamente richiamata nel simplo di polizza.

Relativamente al cane/i, il numero di iscrizione all'anagrafe canina deve risultare indicato in polizza tramite appendice.

Le garanzie:

A - CURE PER FIGLIO ADOTTIVO

Qualora il figlio adottivo dell'Assicurato, non assicurato nella presente polizza, necessiti di cure mediche in regime di ricovero, la Società provvede al pagamento diretto delle spese di cura eseguite presso i Centri convenzionati o, in alternativa, in caso di ricorso a Istituti di cura non convenzionati, provvede al rimborso delle spese di cura del bambino sostenute dall'Assicurato. **In entrambi i casi la garanzia e' prestata fino a un massimo di € 3.000 per annualità assicurativa.**

La garanzia e' prestata per la durata di un anno a far data dal decreto di adozione, purché le pratiche di adozione siano iniziate successivamente alla stipula del presente Formula.

Per il solo neonato, intendendosi per tale il bambino entro il primo anno di vita, sono compresi, gli interventi relativi all'eliminazione o correzione di malformazioni congenite.

B - CHECK UP PER IL CONIUGE

Sulla base del presente articolo, la garanzia prevista all'Art. 2.1.1, relativa alla possibilità per l'assicurato di effettuare un check up gratuito presso i Centri Convenzionati viene estesa anche al coniuge dell'Assicurato, non assicurato nel presente contratto, entro le prime due annualità della presente formula.

Ai fini dell'applicazione della presente garanzia, viene parificato al coniuge il convivente "more uxorio".

C - CORSO DI PREPARAZIONE AL PARTO

Qualora l'Assicurata o il coniuge dell'Assicurato, necessiti di un corso di preparazione al parto, parto la cui data e' prevista dal duecentosettantesimo giorno successivo a quello di effetto della presente Formula in poi, la Società entro **l'importo massimo di € 500,00** per annualità assicurativa, provvederà al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese per il corso.

Ai fini dell'applicazione della presente garanzia, viene parificato al coniuge il convivente "more uxorio".

D - ESAMI PER DIAGNOSI INFERTILITÀ

Qualora l'Assicurato e/o il coniuge, a causa di infertilità manifestata e /o diagnosticata successivamente alla stipula della presente formula, necessitino di accertamenti medici o diagnostici al fine di determinare la causa dell'infertilità, la Società, entro **l'importo massimo di € 2.000,00** per annualità assicurativa provvederà al pagamento delle spese per gli accertamenti effettuati presso i Centri Convenzionati ed, ove si evidenziasse la necessità di cure specifiche o di ricorrere alla fecondazione assistita, la Società concorrerà alle spese con un importo forfetario "una tantum" di € 2.000,00 ed indirizzerà, ove questi ne faccia richiesta, l'Assicurato e/o il coniuge, presso Centri specializzati dove l'Assicurato e/o il coniuge potrà usufruire di tariffe privilegiate. Ai fini dell'applicazione della presente garanzia, viene parificato al coniuge il convivente "more uxorio" il cui nominativo deve essere indicato in polizza.

Ai fini dell'applicazione della presente garanzia, viene parificato al coniuge il convivente "more uxorio".

E - CURE VETERINARIE

Qualora, a causa di malattia od infortunio occorsi a partire dal novantesimo giorno successivo alla data di stipula della presente Formula, il cane/i di proprietà dell'Assicurato, identificato/i con il numero di iscrizione all'anagrafe canina nel simplo di polizza, necessiti di cure mediche, la Società entro **l'importo massimo di € 500** per annualità assicurativa provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per le cure dell'animale, con **applicazione di una franchigia di € 25 per sinistro.**

Ai fini della presente garanzia si intende per sinistro il ciclo di prestazioni sanitarie, **riferite alla stessa patologia od infortunio, che decorre dalla data della prima prestazione e si esaurisce nell'arco dei 60 giorni successivi.**

Sono escluse dalla presente garanzia le spese per vaccini o per interventi chirurgici di sterilizzazione.

Al fine di ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società le fatture di spesa originali e una certificazione del veterinario in merito alle cure effettuate ed all'identificazione dell'animale (numero di iscrizione all'anagrafe canina)

In caso sia indicato in polizza piu' di un cane la presente garanzia e' applicabile a tutti gli animali ma sempre nel limite **complessivo del massimale annuo suindicato di € 500.**

Art. 3.3.2 FORMULA SPORTIVO

Le garanzie previste nella presente Formula valgono per le persone assicurate per cui risulta espressamente richiamata nel simplo di polizza.

Le garanzie:

A - RIABILITAZIONE

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, necessiti dell'applicazione di gessatura, la Società, anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero, provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato delle spese per la fisioterapia **eseguita nei 120 giorni successivi alla rimozione della gessatura, entro l'importo massimo per annualità assicurativa di € 2.500.**

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

Qualora l'Assicurato preferisca usufruire di centri non convenzionati per l'effettuazione della fisioterapia **nei 120 giorni successivi alla rimozione della gessatura**, la Società provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato entro **l'importo massimo per annualità assicurativa di € 2.500**. Per ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società la copia delle fatture di spesa e certificazione medica in merito alla patologia ed alle fisioterapie effettuate.

L'originale delle notule, distinte e ricevute deve comunque essere messa a disposizione della Società in caso di eventuale richiesta.

B - APPLICAZIONE E RIMOZIONE GESSO

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, necessiti dell'applicazione di gessatura, la Società provvederà al rimborso delle spese di applicazione e rimozione della gessatura, entro **l'importo massimo di € 500 per annualità assicurativa**.

Al fine di ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società la copia delle fatture di spesa e certificazione medica in merito alla patologia ed alle cure effettuate.

L'originale delle notule, distinte e ricevute deve comunque essere messa a disposizione della Società in caso di eventuale richiesta.

C - PREPARATORE ATLETICO

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato, nel corso del periodo di riabilitazione, necessiti di un preparatore atletico per il recupero della forma fisica, la Società provvederà al pagamento diretto al Centro Convenzionato, **entro l'importo massimo per annualità assicurativa di € 2.500**, delle spese per il preparatore atletico **nei 120 giorni successivi all'infortunio** od alla rimozione del gesso, in caso di applicazione di gessatura, o successivi all'idoneità clinica, certificata dal medico curante, allo svolgimento del programma previsto dal preparatore atletico.

D - RIMBORSO PER ABBONAMENTI O CORSI NON GODUTI

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato non possa usufruire o terminare di usufruire di abbonamenti ski pass o iscrizioni a corsi o scuole sportive, la Società entro **l'importo massimo per annualità assicurativa di € 500**, provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'assicurato per la parte di prestazione non goduta.

E - PRATICA DI SPORT AD ALTO RISCHIO

Sulla base del presente articolo, in deroga a quanto previsto dall'art. 3.3.5 "Rischi esclusi", la copertura assicurativa opera anche per gli infortuni, indennizzabili a termini di polizza, che colpiscano l'Assicurato in conseguenza della pratica degli sport ad alto rischio sottoelencati, sempre che la pratica di questi sport non costituisca per l'Assicurato attività professionale principale o secondaria:

- lotta nelle sue varie forme
- arti marziali
- immersioni subacquee con uso di autorespiratore, compreso il rischio di embolia
- alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai non oltre i 5000 metri di altezza, purché praticato in gruppo
- speleologia praticata in gruppo.

Art. 3.3.3 FORMULA BENESSERE

Le garanzie previste nella presente Formula valgono per le persone assicurate per cui risulta espressamente richiamata nel simbo di polizza.

Le garanzie:

A - CURE OMEOPATICHE E FITOTERAPICHE

Sulla base del presente articolo, in deroga a quanto previsto dall'art. 3.3.5 "Rischi esclusi" sono comprese in garanzia, le cure omeopatiche e fitoterapiche, effettuate su prescrizione medica, purché siano conseguenti ad infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza, **entro il massimale annuo di € 500 per anno assicurativo**.

B - DISASSUEFAZIONE TABAGICA

La Società, entro l'importo di € 1.000 provvede al pagamento diretto ai Centri convenzionati delle spese per : visite mediche, resine nicotiche o altri farmaci ed agopuntura, mirati alla disassuefazione tabagica dell'Assicurato. **Non e' possibile usufruire di tale prestazione per piu' di una volta in corso di copertura (comprese eventuali sostituzioni contrattuali)**

C - VACCINI

La Società provvede al pagamento diretto ai Centri convenzionati delle spese per l'acquisto e somministrazione all'Assicurato di sieri e vaccini a scopo profilattico, compresi i vaccini utili o necessari per viaggi all'estero, entro il **massimale annuo di € 500 per anno assicurativo**.

E' possibile usufruire di tale prestazione per non piu' di due volte in corso di copertura (comprese eventuali sostituzioni contrattuali).

D - GINNASTICA POSTURALE

La Società, **entro l'importo massimo di € 500 per annualità assicurativa**, anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero, provvede, dietro prescrizione medica, **al pagamento del 50% delle spese per un ciclo di ginnastica posturale effettuata dall'Assicurato in centri abilitati. E' possibile usufruire di tale prestazione per non più di due volte in corso di copertura (comprese eventuali sostituzioni contrattuali).**

E - NUOTO FISIOTERAPICO O TERAPIE FISIOTERAPICHE IN ACQUA

La Società, **entro l'importo massimo di € 500 per annualità assicurativa**, anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero, provvede, dietro prescrizione medica, **al pagamento del 50% delle spese per un ciclo di nuoto fisioterapico o di terapia fisioterapica in acqua, effettuato dall'Assicurato in centri abilitati. E' possibile usufruire di tale prestazione per non piu' di due volte in corso di copertura (comprese eventuali sostituzioni contrattuali).**

F - AGOPUNTURA

La Società, entro l'importo massimo di € 500 per annualità assicurativa, anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero, provvede, dietro prescrizione medica, al pagamento delle spese per agopuntura effettuata dall'Assicurato presso un centro/studio medico abilitato, convenzionato con la Società. **E' possibile usufruire di tale prestazione per non piu' di due volte in corso di copertura (comprese eventuali sostituzioni contrattuali).**

G - CURE TERMALI

La Società, entro l'importo massimo di € 500 per annualità assicurativa, anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero, provvede, dietro prescrizione medica, al rimborso delle spese per le cure termali in centri abilitati a termini di legge a prestare dette cure. **Sono escluse delle spese alberghiere. E' possibile usufruire di tale prestazione per non piu' di due volte in corso di copertura (comprese eventuali sostituzioni contrattuali).**

H - CURE DIMAGRANTI

Qualora l'Assicurato, a seguito di controllo medico, risulti avere un peso superiore almeno del 30% al peso ideale, calcolato secondo la formula di Broca (altezza in centimetri meno 104), la Società provvederà al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese per visite dietologiche, internistiche e psicologiche nonche' corsi di educazione alimentare e/o di rieducazione motoria, **entro un massimo di € 500 per annualità assicurativa. E' possibile usufruire di tale prestazione per non piu' di due volte in corso di copertura (comprese eventuali sostituzioni contrattuali).**

Art. 3.3.4 FORMULA SINGLE

Ai fini dell'applicazione delle presenti garanzie, si intendono per "single" anche coloro che convivono da soli con figlio/i minori di anni 15 o coloro che convivono da soli con familiari anziani non autosufficienti.

Le garanzie previste nella presente Formula valgono per le persone assicurate per cui risulta espressamente richiamata nel simolo di polizza.

Le garanzie:

A - ASSISTENZA DOMICILIARE

(Assistenza)

Qualora l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, a causa di infortunio o malattia indennizzabile a termini della polizza Saracheckup di riferimento, sia degente presso il proprio domicilio e non sia in grado di espletare le funzioni essenziali (alimentazione, igiene personale, igiene ambientale, deambulazione), la Centrale operativa, valutata l'effettiva necessità, si impegna a fornire entro le 48 ore dalla chiamata un Ausiliare socio-assistenziale **per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa.**

Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

B - INVIO INFERMIERE A DOMICILIO

(Assistenza)

Qualora l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, a causa di infortunio o malattia indennizzabile a termini della polizza Saracheckup di riferimento, sia degente presso il proprio domicilio ed abbia necessità di sottoporsi a prestazioni infermieristiche, prescritte dal medico, la Società, provvederà all'invio di un infermiere al domicilio dell'Assicurato, **per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa, per effettuare tali prestazioni.**

Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

C - ASSISTENZA NOTTURNA IN ISTITUTO DI CURA

(Assistenza)

Qualora l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, a causa di infortunio o malattia indennizzabile a termini della polizza Saracheckup di riferimento, sia stato ricoverato presso un Istituto di cura, purché situato in Italia, e necessiti di assistenza notturna, la Società previo accordo tra il medico della Centrale Operativa ed il medico ospedaliero che ha in cura l'Assicurato, provvederà ad inviare personale socio-assistenziale, presso l'Istituto di cura dove l'Assicurato è ricoverato.

Per ogni anno di validità della copertura la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione e di attivazione del servizio, gli onorari del personale socio-assistenziale **fino ad un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa.**

Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

D - SPESA A DOMICILIO E PAGAMENTO BOLLETTE IN SCADENZA

(Assistenza)

Qualora l'Assicurato, che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, si trovi degente presso il proprio domicilio a causa di infortunio o malattia invalidanti, indennizzabili a termini della polizza Saracheckup di riferimento, la Centrale operativa provvederà al recapito della spesa presso il domicilio dell'Assicurato nonche' al pagamento delle bollette delle utenze in scadenza. **La garanzia e' prestata per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa.**

Restano a carico dell'Assicurato i costi delle merci e delle utenze.

Tale prestazione verrà fornita fino a tre volte per anno assicurativo.

E - BABY SITTER PER MINORI DI ANNI 15 O BADANTE PER PERSONE ANZIANE

Qualora l'Assicurato, che conviva da solo con minori di anni 15, a seguito di infortunio o malattia indennizzabili a termini della polizza Saracheckup di riferimento, debba ricoverarsi presso un istituto di cura, la Società provvede al rimborso delle spese documentate per una baby sitter **per un massimo di € 500 per anno assicurativo.**

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

Qualora invece, l'Assicurato che deve ricoverarsi, conviva da solo con familiare anziano non autosufficiente, con le stesse modalità e negli stessi limiti previsti nella precedente fattispecie, verranno rimborsate le spese per un infermiere o badante.
Al fine di ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società l'originale delle fatture o ricevute di spesa.

F - PENSIONE PER ANIMALI DOMESTICI

Qualora l'Assicurato, che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con persona anziana non autosufficiente, a seguito di infortunio o malattia indennizzabili a termini della polizza Saracheckup di riferimento, debba ricoverarsi presso un istituto di cura, la Società provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per la pensione per animali domestici di sua proprietà, per un periodo di tempo corrispondente a quello del ricovero, **con il limite complessivo di € 25 al giorno e per un massimo di 60 giorni per anno assicurativo.**

Al fine di ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società l'originale delle fatture o ricevute di spesa e la certificazione del ricovero.

G - TELESOCORSO A FAMILIARE ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE DELL'ASSICURATO

(Assistenza)

Qualora l'Assicurato che conviva da solo con familiare anziano non autosufficiente, a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini della polizza Saracheckup di riferimento, venga ricoverato in un Istituto di cura, la Centrale operativa, purché l'abitazione sia dotata di apparecchio telefonico con linea fissa, organizza e eventualmente fornisce gratuitamente, tramite i propri fornitori, un apparecchio per il Telesoccorso per il familiare anziano durante il periodo di ricovero dell'Assicurato, **per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa.**

L'apparecchio combinatore telefonico potrà attivare contemporaneamente anche i numeri di familiari/conoscenti.

H - TELESOCORSO ALL'ASSICURATO

(Assistenza)

Nel caso in cui l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, a seguito di infortunio o malattia indennizzabili a termini della polizza Saracheckup di riferimento, sia degente presso il proprio domicilio, la Società, purché l'abitazione sia dotata di apparecchio telefonico, organizza un servizio ed eventualmente fornisce gratuitamente all'Assicurato, tramite i propri fornitori, un apparecchio per il Telesoccorso per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa. L'apparecchio combinatore telefonico potrà attivare contemporaneamente anche i numeri di familiari/conoscenti.

Come e con quali condizioni assicurative mi assicuro

Art. 3.3.5 RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- a) conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, conosciuti e/o diagnosticati, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- b) aborto volontario non terapeutico;
- c) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- d) prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- e) infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, nonché all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- f) infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);
- g) suicidio e tentato suicidio;
- h) infortuni derivanti:
 - dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura)
 - dalla lotta nelle sue varie forme
 - dalle arti marziali
 - dalla speleologia
 - dall'alpinismo
 - dallo sci estremo
 - dalle immersioni subacquee con autorespiratore
- i) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- l) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- m) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza);
- n) cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- o) le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere;

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

- p) ricoveri allo scopo di effettuare checkup clinici salvo quanto previsto al capitolo Medicina Preventiva;
- q) le cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatisi successivamente alla stipulazione del contratto, sono escluse in ogni caso le protesi dentarie;
- r) malattie professionali, come definire dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della Polizza;
- s) ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- t) conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- u) conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

PER LE GARANZIE DI ASSISTENZA:

Art. 3.3.6 RISCHI ESCLUSI

Si richiamano le esclusioni di cui all'articolo 2.9 "Rischi esclusi dall'assicurazione" della sezione "Malattia".

Il diritto alle Prestazioni di Assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni di Assistenza, SARA non è tenuta a fornire Indennizzi o Prestazioni di Assistenza alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Ogni diritto nei confronti di SARA si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra impresa di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del Sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente a SARA nel termine di tre giorni a pena di decadenza.

Nel caso in cui si attivasse altra impresa, le presenti Prestazioni di Assicurazione saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale Indennizzo all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato la Prestazione di Assistenza.

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato nella presente Sezione di norme che regolano le garanzie assistenza, si applicano le disposizioni di legge.

Art. 3.3.7 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per gli Stati dell'Unione Europea (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria), nonché per il territorio della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano, della Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Monaco, Svizzera, Andorra, Bosnia -Erzegovina, Gibilterra, Macedonia, Serbia e Montenegro, Turchia (limitatamente alla parte europea).

Tabella riassuntiva dei limiti, franchigie e scoperti

Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto (€)	Massimo di scoperto (€)	Limite di indennizzo (€)
Formula Plus Cure per figlio adottivo	Non previsto	Non previsto	Non previsto	3.000 per anno assicurativo
Formula Plus Corso preparazione al parto - Centro convenzionato	Non previsto	Non previsto	Non previsto	500 per anno assicurativo
Formula Plus Cure veterinarie	Non previsto	25	Non previsto	500 per anno assicurativo
Formula Sportivo Riabilitazione	Non previsto	Non previsto	Non previsto	2.500 per anno assicurativo e per riabilitazione eseguita nei 120 giorni successivi alla rimozione della gessatura
Formula Sportivo Applicazione e rimozione gesso	Non previsto	Non previsto	Non previsto	500 per anno assicurativo
Formula Sportivo Preparatore atletico - Centro convenzionato	Non previsto	Non previsto	Non previsto	2.500 per anno assicurativo e per riabilitazione eseguita nei 120 giorni successivi all'infortunio

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto (€)	Massimo di scoperto (€)	Limite di indennizzo (€)
Formula Sportivo Rimborso per abbonamenti o corsi non goduti	Non previsto	Non previsto	Non previsto	500 per anno assicurativo
Formula Benessere Cure omeopatiche e fitoterapiche	Non previsto	Non previsto	Non previsto	500 per anno assicurativo
Formula Benessere Disassuefazione tabagica	Non previsto	Non previsto	Non previsto	1.000 per anno assicurativo e per non più di una prestazione per tutta la durata della copertura assicurativa
Formula Benessere Vaccini	Non previsto	Non previsto	Non previsto	500 per anno assicurativo e per non più di due prestazioni per tutta la durata della copertura assicurativa
Formula Benessere Ginnastica posturale	50	Non previsto	Non previsto	500 per anno assicurativo e per non più di due prestazioni per tutta la durata della copertura assicurativa
Formula Benessere Nuoto fisioterapico	50	Non previsto	Non previsto	500 per anno assicurativo e per non più di due prestazioni per tutta la durata della copertura assicurativa
Formula Benessere Agopuntura	Non previsto	Non previsto	Non previsto	500 per anno assicurativo e per non più di due prestazioni per tutta la durata della copertura assicurativa
Formula Benessere Cure Termali	Non previsto	Non previsto	Non previsto	500 per anno assicurativo e per non più di due prestazioni per tutta la durata della copertura assicurativa
Formula Benessere Cure dimagranti - Centro convenzionato	Non previsto	Non previsto	Non previsto	500 per anno assicurativo e per non più di due prestazioni per tutta la durata della copertura assicurativa
Formula Single Assistenza domiciliare	Non previsto	Non previsto	Non previsto	15 giorni per anno assicurativo e per non più di tre prestazioni per anno assicurativo
Formula Single Infermiera a domicilio	Non previsto	Non previsto	Non previsto	15 giorni per anno assicurativo e per non più di tre prestazioni per anno assicurativo
Formula Single Assistenza notturna in istituto di cura	Non previsto	Non previsto	Non previsto	15 giorni per anno assicurativo e per non più di tre prestazioni per anno assicurativo
Formula Single Spese a domicilio e pagamento bollette	Non previsto	Non previsto	Non previsto	15 giorni per anno assicurativo e per non più di tre prestazioni per anno assicurativo
Formula Single Baby-sitter o badante	Non previsto	Non previsto	Non previsto	500 per anno assicurativo
Formula Single Pensione per animali domestici	Non previsto	Non previsto	Non previsto	60 giorni per anno assicurativo ed entro l'importo massimo di € 25 al giorno
Formula Single Telesoccorso a familiare anziano	Non previsto	Non previsto	Non previsto	30 giorni per anno assicurativo

4 SEZIONE GARANZIE DI ASSISTENZA

La presente garanzia è valida se è stata espressamente richiamata sul simple di polizza e se è stato pagato il relativo premio. L'Assicurato deve comunicare alla "Centrale Operativa" Assistenza (vedi "Definizioni"): cognome e nome, tipologia e numero di polizza, il tipo di prestazione di cui necessita, l'indirizzo temporaneo se diverso dal domicilio, il recapito telefonico.

Che cosa posso assicurare

SARA provvede, per il tramite la Centrale Operativa di Assistenza ad erogare le Prestazioni di Assistenza previste nella presente sezione, consistenti in aiuto tempestivo, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito rientrante in garanzia.

Contro quali danni posso assicurarmi

Art. 4.1 PRELIEVO CAMPIONI AL DOMICILIO

Qualora l'Assicurato per motivi di salute, certificati dal medico curante, sia impossibilitato a muoversi dal proprio domicilio ed abbia necessità di esami diagnostici, può richiedere alla Centrale operativa l'organizzazione del prelievo a domicilio dei campioni da analizzare, la consegna al centro analisi convenzionato con la Società e l'invio degli esiti a domicilio. Il costo degli esami clinici rimane regolato secondo gli artt. 2.8.1 sulla Platinum o 2.8.2 sulla Gold "Visite specialistiche ed esami diagnostici".

Relativamente alla Formula Silver (che non prevede le garanzie Visite specialistiche ed Esami diagnostici) e per lo scoperto, se previsto dagli artt. 2.8.1 e 2.8.2 su citati, il pagamento del dovuto deve essere effettuato dall'Assicurato al Centro Convenzionato. **La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.**

Art. 4.2 INVIO MEDICINALI OD ARTICOLI SANITARI AL DOMICILIO

Qualora l'Assicurato, a causa di infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza, a seguito di prescrizione medica abbia bisogno di medicine od articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per motivi di salute certificati dal medico curante, la Centrale operativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei farmaci e degli articoli sanitari è a carico dell'Assicurato.

La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.

Art. 4.3 ASSISTENZA PEDIATRICA PER IL FIGLIO ASSICURATO

Qualora l'Assicurato, a causa di infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza, necessiti al proprio domicilio di un pediatra (per il figlio assicurato) in ore notturne od al sabato o nei giorni festivi, potrà rivolgersi alla Centrale operativa che, dopo una prima valutazione telefonica fornita dal medico della Centrale, provvederà ad inviare il medico richiesto.

Qualora l'intervento dello specialista fosse necessario e nessuno dei medici convenzionati fosse disponibile, può essere disposto il trasferimento del malato presso una struttura pubblica mediante autoambulanza.

Art. 4.4 ASSISTENZA CARDIOLOGICA AL DOMICILIO

Qualora l'Assicurato, a causa di infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza, necessiti al proprio domicilio di un cardiologo in ore notturne od al sabato o nei giorni festivi, potrà rivolgersi alla Centrale operativa che, dopo una prima valutazione telefonica fornita dal medico della Centrale, provvederà ad inviare il medico richiesto.

Qualora l'intervento dello specialista fosse necessario e nessuno dei medici convenzionati fosse disponibile, può essere disposto il trasferimento del malato presso una struttura pubblica mediante autoambulanza.

Art. 4.5 TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

Qualora, a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, dopo il ricovero di primo soccorso, l'Assicurato necessiti in Italia di un trasporto in autoambulanza, la Centrale operativa invierà direttamente l'autoambulanza. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari ad € 500 per annualità assicurativa.

Il costo eccedente il massimale previsto di € 500 per annualità assicurativa, resta a carico dell'Assicurato e sarà regolato direttamente con il fornitore intervenuto.

Art. 4.6 AUTISTA PER RIPORTARE IL VEICOLO DELL'ASSICURATO ALLA CITTÀ DI RESIDENZA

Qualora l'Assicurato sia in viaggio in Europa e, a causa di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, venga ricoverato presso un Istituto di cura e pertanto non sia in grado di guidare il proprio veicolo, la Centrale Operativa mette a disposizione un autista per ricondurre il veicolo, con eventuali passeggeri, fino alla città di residenza dell'Assicurato secondo l'itinerario più breve.

Rimangono a carico dell'Assicurato le spese di pedaggio per autostrade, traghetti, ecc. nonché le spese per il carburante.

Art. 4.7 INFORMAZIONI CLINICHE SUL PAZIENTE

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia avvenuti in viaggio, venga ricoverato in un Istituto di cura sul posto, la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato e dei suoi familiari, che dovranno rilasciare il consenso al trattamento dei dati clinici ai medici curanti, stabilisce un collegamento continuo tra i medici della Centrale Operativa ed i medici che hanno in cura il paziente sul posto, mantenendo informati i familiari sull'evoluzione del quadro clinico.

Art. 4.8 TRASMISSIONE MESSAGGI URGENTI

Qualora l'Assicurato, in caso di necessità, sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone residenti in Italia, la Centrale Operativa, provvederà all'inoltro di tali messaggi.

Art. 4.9 TRASFERIMENTO IN CENTRI SPECIALIZZATI

Qualora l'Assicurato che si trovi in Italia, a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, debba essere ricoverato presso Centri specializzati situati al di fuori della propria regione di residenza, la Centrale Operativa, organizza il trasferimento dell'Assicurato presso il Centro individuato, con il mezzo piu' idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea, treno, autoambulanza od altro).

Il mezzo piu' idoneo verrà identificato a discrezione dei medici della Centrale Operativa.

La Centrale operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga i paesi europei.

La Società tiene a proprio carico il costo del trasferimento del paziente incluse le spese di un medico e/o infermiere che accompagnino il paziente stesso.

Il trasferimento potrà avvenire con l'eventuale accompagnamento di personale medico ed infermieristico.

Per ogni annualità assicurativa la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione ed attivazione del servizio, le spese di trasporto e gli onorari del personale medico e /o infermieristico di accompagnamento, **fino ad un importo globale massimo di € 5.000 per annualità assicurativa.**

Non danno luogo alle prestazioni le terapie riabilitative e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. 4.10 RIMPATRIO SANITARIO

Qualora a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, le condizioni dell'Assicurato che si trovi all'estero, accertate tramite contatti tra i medici della Centrale operativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario e possibile il suo trasporto in un ospedale attrezzato in Italia od alla sua residenza, la Centrale operativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa riterranno piu' idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea, treno, autoambulanza od altro).

La Centrale Operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi europei.

Il trasporto e' organizzato interamente dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica od infermieristica, se ritenuta necessaria dai medici della Centrale stessa.

La Centrale Operativa qualora abbia provveduto al rientro dell'assicurato a spese della Società ha diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato. Non danno luogo alle prestazioni le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Società possono essere curate sul posto e che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali od internazionali.

Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 5.000 per annualità assicurativa.

Art. 4.11 VIAGGIO DI UN FAMILIARE PER RAGGIUNGERE L'ASSICURATO RICOVERATO

Qualora a seguito di malattia od infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato che si trovi in viaggio, **nessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni**, la Centrale operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia un biglietto aereo di classe economica o ferroviario di prima classe di andata e ritorno per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato (la scelta del mezzo piu' opportuno e' a discrezione della Centrale Operativa). La Società terrà a proprio carico le relative **spese fino ad un massimo di € 1.000 per annualità assicurativa.** Non sono previste le spese di soggiorno del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

Art. 4.12 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, la Centrale operativa, fino alla concorrenza di € 3.000,00 organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

Rimangono escluse le spese relative all'eventuale recupero della salma, alla cerimonia funebre ed all'inumazione.

Art. 4.13 INVIO DI SOMME DI DENARO PER SPESE MEDICHE ALL'ESTERO

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero, a seguito di malattia od infortunio indennizzabile a termini di polizza, debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente ed immediatamente, la Centrale Operativa, chiederà all'Assicurato di mettere a disposizione della Società in Italia, l'importo richiesto.

Successivamente la Società si impegnerà a pagare sul posto od a far pervenire l'importo suddetto all'Assicurato.

La prestazione non e' operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.

Art. 4.14 RECAPITO MEDICINALI ALL'ESTERO

Qualora, a seguito di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di polizza, l'Assicurato che si trovi all'estero, per le cure del caso, necessiti, secondo parere medico, di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempre che commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo piu' rapido, tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.

Art. 4.15 INTERPRETE ALL'ESTERO

Qualora l'Assicurato trovandosi in viaggio all'estero, venga ricoverato in un Istituto di cura a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza ed abbia difficoltà a comunicare con i medici perche' non conosce la lingua, la Centrale Operativa invierà un interprete.

Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 500 per annualità assicurativa.

Art. 4.16 RIENTRO DEI FIGLI MINORI

Qualora a seguito di malattia od infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato che si trovi in viaggio all'estero in compagnia di figli minori venga ricoverato in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, ed abbia necessità di far rientrare i figli al proprio domicilio, la Centrale Operativa provvederà ad organizzarne il rientro, mettendo a disposizione se necessario, biglietti aerei di classe economica o ferroviari di prima classe ed, in caso di minore di anni 15, un accompagnatore.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto al rientro dei minori a spese della Società, ha diritto di richiedere all'Assicurato, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato dai minori.

La Società terrà a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 1.000 per annualità assicurativa.

La prestazione e' operante solo se il rientro dei minori dall'estero non comporta violazione delle disposizioni di legge in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trovano i minori.

Come e con quali condizioni assicurative mi assicuro

Per ottenere una prestazione l'Assicurato dovrà prendere contatto con la Centrale Operativa di Assistenza ACI Global ai seguenti numeri: Numero verde a chiamata gratuita 800.095.095 o la linea telefonica normale da utilizzarsi in particolare per chi chiama dall'estero: 0039.02.66165538. La Centrale è in funzione 24 ore su 24.

Art. 4.17 RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

Si richiamano le esclusioni di cui all'articolo 2.9 "Rischi esclusi dall'assicurazione" della sezione "Malattia".

Il diritto alle Prestazioni di Assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni di Assistenza, SARA non è tenuta a fornire Indennizzi o Prestazioni di Assistenza alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Ogni diritto nei confronti di SARA si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra impresa di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del Sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente a SARA nel termine di tre giorni a pena di decadenza.

Nel caso in cui si attivasse altra impresa, le presenti Prestazioni di Assicurazione saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale Indennizzo all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato la Prestazione di Assistenza.

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato nella presente Sezione di norme che regolano le garanzie assistenza, si applicano le disposizioni di legge.

Art. 4.18 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per gli Stati dell'Unione Europea (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria), nonché per il territorio della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano, della Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Monaco, Svizzera, Andorra, Bosnia - Erzegovina, Gibilterra, Macedonia, Serbia e Montenegro, Turchia (**limitatamente alla parte europea**).

Tabella riassuntiva dei limiti, franchigie e scoperti

Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto (€)	Massimo di scoperto (€)	Limite di indennizzo (€)
Prelievo campioni a domicilio	Non previsto	Non previsto	Non previsto	Massimo tre eventi per anno assicurativo
Invio medicinali/articoli sanitari	Non previsto	Non previsto	Non previsto	Massimo tre eventi per anno assicurativo
Trasporto in ambulanza	Non previsto	Non previsto	Non previsto	500 per anno assicurativo
Trasferimento in centri specializzati	Non previsto	Non previsto	Non previsto	5.000 per anno assicurativo
Viaggio di un familiare per raggiungere l'Assicurato ricoverato	Non previsto	9 giorni di ricovero	Non previsto	1.000 per anno assicurativo
Rimpatrio della salma	Non previsto	Non previsto	Non previsto	3.000
Interprete all'estero	Non previsto	Non previsto	Non previsto	500 per anno assicurativo
Rientro figli minori	Non previsto	9 giorni	Non previsto	1.000 per anno assicurativo

5 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Tutte le Sezioni

Art. 5.1.1 CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il collegio medico.

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

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in un 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri sul verbale definitivo.

Art. 5.1.2 OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ - TEMPI DI LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Dopo aver verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro sessanta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.

Sezione Malattia

Art. 5.2.1 CENTRALE SALUTE

Attraverso i numeri verdi di seguito indicati si può accedere alla Centrale Salute, che ha il compito di indennizzare i sinistri relativi alla presente garanzia: 800.095.095, 800.896.992 e dall'estero (0117425692).

La Centrale Salute osserva i seguenti orari:

lunedì - venerdì ore 08,00 - ore 18

Art. 5.2.2 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Nel caso in cui l'Assicurato intenda usufruire delle prestazioni dei Centri o dei medici specialisti convenzionati deve rivolgersi alla Centrale Salute indicati sul presente normativo sotto "Centrale Salute", la telefonata è considerata denuncia di sinistro. Qualora sia impossibilitato a telefonare, l'Assicurato può scrivere a: Sara Assicurazioni Back Office Sinistri Malattia Via Po 20 Roma 00198.

Qualora l'Assicurato non si avvalga della rete di strutture convenzionate con la Società, in caso di sinistro, l'Assicurato o chi per lui, deve darne comunicazione scritta all'indirizzo su indicato.

In alternativa possono darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza, entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. La denuncia dovrà essere corredata da certificazione medica conforme all'originale della cartella clinica completa.

In caso di infortunio, la denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 5.2.3 CRITERI DI LIQUIDAZIONE

a) Centri e medici specialisti convenzionati:

Nel caso di ricorso a strutture convenzionate, l'Assicurato:

a) per la scelta del centro convenzionato **prende visione in autonomia dei centri convenzionati** sul portale internet di Sara assicurazioni www.sara.it o **telefona per informazioni alla Centrale Salute**;

b) **prenota la prestazione**;

c) **procede a richiedere la presa in carico** della prestazione telefonando alla Centrale Salute (qualora l'Assicurato avesse necessità di supporto per la scelta e/o per la prenotazione, la Centrale Salute fornisce la consulenza);

d) **la Centrale Salute invia una comunicazione di presa in carico alla struttura convenzionata ed all'Assicurato ed indica all'Assicurato** la documentazione medica da presentare;

e) **in caso di diniego della prestazione la Centrale Salute invia una comunicazione all'Assicurato motivandolo.**

L'Assicurato delega la Società, a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spese sostenute per le prestazioni previste dal contratto. Le prestazioni non sanitarie e non in convenzionamento e comunque quelle non assicurate dalla polizza nonché l'importo in franchigia o lo scoperto saranno invece direttamente pagate dall'Assicurato al Centro e/o al medico specialista convenzionato e/o all'equipe medica convenzionata sulla base della relativa fattura.

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

L'Assicurato deve inoltre, all'atto di dimissione dal Centro convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal Centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal Centro convenzionato, in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra. Analoga sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati. L'assicurato deve inoltre restituire alla Società gli importi eventualmente già pagati dalla stessa per prestazioni sanitarie che, dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica risultino a qualsiasi titolo non indennizzabili

b) Centri e medici specialisti non convenzionati:

nel caso in cui l'Assicurato non si avvalga della rete di strutture e fiduciari convenzionati con la Società, questa provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, nei limiti di polizza previsti agli artt. 2.6 "Indennizzi interventi chirurgici e ricoveri" e 2.7 "Indennizzi parto naturale o cesareo", secondo le seguenti modalità: il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata su presentazione degli originali o delle copie conformi all'originale della cartella clinica e della documentazione medica, come da art. 5.2.2 "Denuncia di sinistro ed obblighi dell'Assicurato", e della copia delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. Qualora l'assicurato abbia presentato a terzi le notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. **L'originale delle notule, distinte e ricevute deve comunque essere messa a disposizione della Società in caso di eventuale richiesta.**

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro. Per i paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

c) Medici specialisti/Equipe mediche non convenzionate nell'ambito di Centri convenzionati, è applicabile la lettera a) del presente articolo per le spese relative al Centro convenzionato.

Per le spese relative all'equipe medica e per le spese previste alla lett. b) dell'articolo 2.2.1 "Garanzie" di "Interventi chirurgici e ricoveri" e lett. b) dell'art. 2.3.1 "Garanzie" di "Parto naturale o cesareo", è applicabile la lettera b) del presente articolo.

d) indennità di degenza sostitutiva

Per la garanzia Indennità di degenza sostitutiva, prevista all'art. 2.5.3 il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato al termine del ricovero su presentazione della cartella clinica.

Art. 5.2.4 CONDIZIONE PARTICOLARE SOCI ACI

Qualora al momento del sinistro il Contraente sia socio dell'ACI in caso di degenza sostitutiva sarà riconosciuto all'avente diritto una maggiorazione dell'indennizzo pari al 5% della somma liquidabile a termini di polizza.

Per le garanzie di Assistenza presenti nella Sezione Malattia (Malattie rare bambini fino a due anni di età) vedi Sezione Assistenza.

Sezione Indennità di Degenza Convalescenza e Gessatura

Art. 5.2.1 CENTRALE SALUTE

Attraverso i numeri verdi di seguito indicati si può accedere alla Centrale Salute, che ha il compito di indennizzare i sinistri relativi alla presente garanzia: 800.095.095, 800.896.992 e dall'estero (0117425692).

La Centrale Salute osserva i seguenti orari:

lunedì - venerdì ore 08,00 - ore 18

Art. 5.3.2 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Qualora l'Assicurato intenda richiedere un' indennità di degenza, convalescenza, gessatura o day hospital, deve darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Sede della Società al seguente indirizzo: Sara Assicurazioni Back Office Sinistri Malattia Via Po 20 Roma 00198, quanto prima possibile, fermi restando i termini di prescrizione previsti dall'art. 2952 c.c. La denuncia dovrà essere corredata da certificazione medica.

In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari e produrre copia conforme all'originale della cartella clinica completa.

In caso di infortunio, la denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Tutta la documentazione necessaria deve essere inviata all'Agenzia dove è stata stipulata la polizza od alla Sede legale della Società.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del c.c.

Il pagamento dell'indennizzo per degenza convalescenza e day hospital verrà effettuato al termine del ricovero su presentazione della cartella clinica.

Art. 5.3.3 CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELLE INDENNITÀ DI DEGENZA, CONVALESCENZA, GESSATURA E DAY HOSPITAL

Nei termini e nei limiti previsti all'Art. 3.1.1 "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura":

- La Società corrisponde per ogni giorno di ricovero o gessatura un'indennità giornaliera pari agli importi indicati nella sottostante "Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", corrispondenti alla Formula prescelta dall'Assicurato ed indicata sul simplo di polizza.

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

- b) La Società, in caso di convalescenza o day hospital, corrisponde un'indennità giornaliera in misura del **50% dell'importo assicurato per la degenza.**
- c) Nel caso previsto dall'art. 3.1.4 "Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio che determini un'invalidità permanente grave" la maggiorazione prevista verrà corrisposta al consolidarsi dei postumi di Invalidità permanente.
- d) Nel caso previsto all'art. 3.1.6 "Indennità per accompagnatore" il rimborso delle spese sostenute per l'accompagnatore verrà effettuato dietro presentazione delle copie delle fatture o ricevute, debitamente quietanzate e con il previsto bollo di tassa pagato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi le fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro. Per paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

Il pagamento dell'indennità viene effettuato al termine del ricovero (o day hospital) su presentazione della copia conforme all'originale della cartella clinica. La documentazione verrà restituita all'Assicurato successivamente alla liquidazione dell'indennizzo. In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire alla Società tutte le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari. Il pagamento dell'indennità di gessatura viene effettuato al termine del periodo indennizzabile e su presentazione di idonea certificazione medica.

TABELLA INDENNITA' DI DEGENZA, CONVALESCENZA E GESSATURA			
GIORNI DI RICOVERO CONSECUTIVI	FORMULA SILVER	FORMULA GOLD	FORMULA PLATINUM
Fino a 11	€ 25	€ 50	€ 100
Da 12 a 20	€ 40	€ 80	€ 160
Da 21 a 44	€ 50	€ 100	€ 200
Da 45 fino a 180	€ 75	€ 150	€ 300
Gessatura	€ 25	€ 50	€ 75

Art. 5.3.4 CONDIZIONE PARTICOLARE SOCI ACI

Qualora al momento del sinistro il Contraente sia socio dell'ACI in caso di degenza, convalescenza e gesso, sarà riconosciuto all'avente diritto una maggiorazione dell'indennizzo pari al 5% della somma liquidabile a termini di polizza.

Sezione Invalidità Permanente da Malattia

Art. 5.4.1 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato od altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta alla Società od all'Agenzia che ha in carico il contratto.

L'Assicurato deve altresì:

- inviare alla Società le attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, cope delle cartelle cliniche ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dalla Società;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Art. 5.4.2 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Fermo restando quanto previsto al precedente articolo 3.2.1, sezione "Invalidità Permanente da Malattia" della parte "Come e con quali condizioni mi assicuro", si conviene che:

- 1) **se l'invalidità permanente accertata è inferiore al 25% della totale nessun indennizzo spetta all'Assicurato;**
- 2) i casi di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 25% della totale danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando alla somma assicurata la percentuale riportata nella sottostante tabella in corrispondenza al grado di invalidità permanente accertata.

% di invalidità permanente accertata	indennizzo % della somma assicurata	% di invalidità permanente accertata	indennizzo % della somma assicurata
25	5	65	70
26	8	66	73
27	11	67	76
28	14	68	79
29	17	69	82
30	20	70	85
31	23	71	88
32	26	72	91
33	29	73	94
34	32	74	97
da 35 a 63	da 35 a 63	75 e oltre	100
64	67		

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

Qualora l'Assicurato dovesse decedere, per cause diverse dalla malattia denunciata, dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, ma prima che si sia provveduto alla liquidazione dell'indennizzo, la Società liquida agli eredi l'indennizzo che avrebbe liquidato a favore dell'Assicurato.

Se invece l'Assicurato dovesse decedere per cause diverse dalla malattia denunciata, ma prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, la Società liquida agli eredi l'indennizzo oggettivamente determinabile mediante documentazione medica idonea a dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo.

Dovrà pertanto essere prodotta, a cura degli eredi, la copia conforme della cartella clinica completa in caso di ricovero dell'Assicurato o, in mancanza di ricovero, tutta la documentazione medica dalla quale poter valutare l'entità dei postumi permanenti nonché la documentazione comprovante le cause del decesso dell'Assicurato.

In entrambi i casi la richiesta di liquidazione dell'indennizzo da parte degli eredi dovrà essere corredata da documenti notarili (es. testamento, relazione notarile che individui gli eredi dell'Assicurato) o dalla certificazione rilasciata dall'ufficio dall'Anagrafe del Comune di residenza, che consentano di identificare oggettivamente gli eredi e di determinare la quota di indennizzo spettante a ciascuno.

La Società si impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione completa su indicata.

Sezione Formule

Art. 5.2.1 CENTRALE SALUTE

Attraverso i numeri verdi di seguito indicati si può accedere alla Centrale Salute, che ha il compito di indennizzare i sinistri relativi alla presente garanzia: 800.095.095, 800.896.992 e dall'estero (0117425692).

La Centrale Salute osserva i seguenti orari:

lunedì - venerdì ore 08,00 - ore 18

Art. 5.5.2 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Nel caso in cui l'Assicurato intenda usufruire delle prestazioni dei Centri o dei medici specialisti convenzionati deve rivolgersi alla Centrale Salute indicati sul presente normativo sotto "Centrale Salute", la telefonata è considerata denuncia di sinistro. Qualora sia impossibilitato a telefonare, l'Assicurato può scrivere a: Sara Assicurazioni Back Office Sinistri Malattia Via Po 20 Roma 00198.

Qualora l'Assicurato non si avvalga della rete di strutture convenzionate con la Società, in caso di sinistro, l'Assicurato o chi per lui, deve darne comunicazione scritta all'indirizzo su indicato.

In alternativa possono darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza, entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. La denuncia dovrà essere corredata da certificazione medica conforme all'originale della cartella clinica completa.

In caso di infortunio, la denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile Per le garanzie di assistenza vedere Sezione Assistenza.

Art. 5.5.3 CRITERI DI LIQUIDAZIONE

VEDERE SEZIONE MALATTIA, art. 5.2.3

PER LE GARANZIA DI ASSISTENZA VEDERE 5.6 SEZIONE ASSISTENZA

Sezione Assistenza

Art. 5.6.1 PREMESSA

SARA per l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza oggetto della presente garanzia si avvale di una Struttura Organizzativa esterna. SARA per l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza e la gestione dei Sinistri relativi alla garanzia Assistenza si avvale di ACI Global Servizi S.p.A., con sede Sociale in Roma - Via Stanislao Cannizzaro n. 83/a 00156 RM - e sede secondaria in Milano - Viale Sarca 336 20126 MI, autorizzata ai termini di Legge alla prestazione dei servizi oggetto del presente contratto.

In caso di Sinistro l'Assicurato deve rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla Struttura Organizzativa che provvederà all'erogazione delle Prestazioni di Assistenza.

Art. 5.6.2 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Per ottenere una Prestazione di Assistenza rientrante tra quelle previste nella presente sezione, l'Assicurato che si trovi in difficoltà durante il periodo di validità della Polizza, dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, **dovrà prendere contatto con la Struttura Organizzativa**, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, utilizzando uno dei seguenti numeri:

Numero verde: 800.095.095

Per chi chiama dall'estero: +39.02.66165538

Per fax: +39.02.66100944

L'Assicurato dovrà comunicare:

- il numero di Polizza;
- a Prestazione di Assistenza richiesta;
- il recapito telefonico;
- le proprie generalità complete;
- il luogo in cui si trova al momento della richiesta della Prestazione di Assistenza.

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

L'Assicurato è tenuto inoltre a fornire, a richiesta della Struttura Organizzativa, ogni documentazione comprovante il diritto alle Prestazioni di Assistenza oggetto della presente garanzia. Tutte le Prestazioni di Assistenza comunque devono essere autorizzate dalla Struttura Organizzativa pena la decadenza da ogni diritto.

Le spese conseguenti alle Prestazioni di Assistenza sono a carico di SARA, nei limiti fissati per ogni garanzia, dove espressamente indicato. Negli altri casi sono a carico del Contraente e/o dell'Assicurato.

Ogni comunicazione scritta ed eventuale documentazione andranno inviate all'indirizzo suindicato della Struttura Organizzativa o, in alternativa, trasmesse tramite fax.

L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione. Le Prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di indennizzo qualora l'Assicurato non si rivolgesse alla Struttura Organizzativa al momento del Sinistro. Viene fatta eccezione per il caso in cui l'Assicurato non potesse mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa per causa di forza maggiore (come ad esempio intervento di forze dell'ordine e/o di servizi pubblici di emergenza), che dovrà essere debitamente documentata (verbale o certificato di pronto soccorso).

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'Assistenza; in ogni caso è necessario inviare alla Struttura Organizzativa gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

SARA si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di Prestazioni di Assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto nella Polizza o dalla legge.

Art. 5.6.3 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per gli Stati dell'Unione Europea (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria), nonché per il territorio della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano, della Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Monaco, Svizzera, Andorra, Bosnia - Erzegovina, Gibilterra, Macedonia, Serbia e Montenegro, Turchia (**limitatamente alla parte europea**).

ALLEGATO 1)

PARAMETRI INDICATIVI PER LA VALUTAZIONE DELL'INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Sistema nervoso centrale

I postumi delle malattie che colpiscono il cervello, il cervelletto ed il midollo spinale quali ad esempio le encefaliti, le meningiti, la sclerosi a placche, il morbo di Parkinson, l'epilessia, l'ictus cerebrale, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteria di valutazione

- disturbi del linguaggio;
- disturbi delle funzioni cerebrali complesse integrate, realizzanti la sindrome cerebrale organica;
- disturbi della coscienza;
- disturbi neurologici episodici (in particolare: sincopi, convulsioni e crisi epilettiche);
- disturbi della statica e della deambulazione;
- disturbi neurologici vescicali, rettali, sessuali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:

- il soggetto comprende l'eloquio ma non può produrre un linguaggio appropriato;
- il soggetto presenta alterazioni delle funzioni cerebrali integrate complesse tanto da necessitare di un controllo o supervisione per incombenze particolari;
- disordini neurologici che comportano una moderata alterazione cronica dello stato di coscienza;
- disturbi episodici (Sincopi, crisi epilettiche, convulsioni) tali da interferire moderatamente sulle attività quotidiane;
- il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma cammina con difficoltà su superfici pianeggianti;
- presenza di attività vescicale e rettale riflessa con mancata riduzione del controllo volontario.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:

- il soggetto non può comprendere o produrre un linguaggio comprensibile con impossibilità completa a comunicare;
- il soggetto non può prendere cura di sé stesso nella maggior parte delle situazioni giornaliere;
- disordini neurologici cronici che comportano uno stato stuporoso persistente;
- episodi sincopali e/o epilettici e/o convulsivi frequenti, non controllabili dalla terapia e tali da limitare grandemente le attività della vita di ogni giorno;
- il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma è assolutamente incapace di deambulare;
- alterazione della motilità degli arti inferiori con scomparsa dei riflessi e del controllo degli sfinteri vescicale e rettale e perdita della funzione sessuale.

Apparato cardio vascolare

I postumi delle malattie che colpiscono il cuore, le arterie e le vene quali ad esempio l'angina pectoris, l'infarto, le pericarditi, le cardiomiopatie, gli aneurismi, le trombosi, le trombo flebiti, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteria di valutazione

- classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla New York Heart(NYHA):
 - classe 1: l'attività fisica abituale non provoca affaticamento nè palpitazioni;
 - classe 2: l'attività fisica abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
 - classe 3: a riposo, i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già una attività fisica inferiore a quella abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
 - classe 4: i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo. Ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi;
- pressioni arteriosa;
- efficacia della terapia medica e chirurgica;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:

- soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabile da adeguata terapia;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50% di una sola arteria coronarica;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di angioplastica o di by pass coronarico;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia anti-ipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso;
- soggetto con persistenti aritmie non correggibili terapeuticamente ma che riesce comunque a condurre una vita attiva.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:

- soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica;
- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente;
- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeuticamente e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia anti-ipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente e con segni di miocardiopatia dilatativa iper-trofica o restrittiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.

Apparato respiratorio

I postumi delle malattie che colpiscono la laringe, i bronchi, i polmoni, la pleura ed il mediastino, quali ad esempio: le bronchiti croniche, l'asma bronchiale, l'enfisema polmonare, l'edema polmonare, l'infarto polmonare, le pleuriti, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteria di valutazione

- funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici: FVC, FVC 1, FVC 1/FVC. Tali parametri debbono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente bronco spastica, dopo test di bronco dilatazione. I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA previsti per un soggetto di pari età e sesso;
- concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO2) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di pari età;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia comportano una alterazione nella misura prevista, di uno soltanto o di nessuno dei tre parametri spirometrici indicati:

- FVC inferiore al 70% del valore teorico CECA;
 - FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA;
 - FVC 1/FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA
- oppure
- la PaO2 inferiore all'80% del valore teorico.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

I postumi della malattia comportano una alterazione nella misura prevista, di almeno due dei tre parametri spirometrici indicati:

- FVC inferiore al 50% del valore teorico CECA;
 - FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA;
 - FVC 1/FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA
- oppure
- la PaO2 inferiore al 65% del valore teorico.

Apparato digerente

I postumi delle malattie che colpiscono l'esofago, lo stomaco, l'intestino il fegato ed il pancreas quali ad esempio le esofagiti, le malattie ulcerose, il morbo di Crohn, le epatiti e le pancreatiti acute e croniche, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteria di valutazione

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con esami radiologici e/o endoscopici e/o laboratoristici;
- variazioni del peso corporeo in riferimento a quello teorico;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS

I postumi della malattia e del trattamento chirurgico che essa ha comportato sono controllati agevolmente dalla terapia e/o da modeste restrizioni dietetiche e la perdita di peso non supera il 10% del valore teorico e nel caso di malattie pancreatiche croniche, non sono documentati episodi di recidive.

COLON, SIGMA E RETTO

I postumi della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi soggettivi modesti e saltuarie alterazioni dell'alvo e il trattamento prevede restrizioni alimentari marginali ed una terapia farmacologica solo sintomatica.

FEGATO

I dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica non si correlano a manifestazioni cliniche di insufficienza epatica e non sono documentati precedenti episodi di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e i postumi della malattia non compromettono lo stato di nutrizione.

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS

I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato non sono controllabili dalla terapia medica nè dalla dieta, non sono correggibili da ulteriori interventi chirurgici ed impediscono lo svolgimento della maggior parte delle attività abituali e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.

COLON, SIGMA E RETTO

I postumi organici della malattia e del suo trattamento chirurgico comportano disturbi severi, una persistente alterazione dell'alvo e manifestazioni generali quali ad esempio febbre ed anemia cronica e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.

FEGATO

Sono presenti dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di importante insufficienza della funzionalità epatica e sono documentati episodi recidivanti e non controllabili da adeguate terapie, di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e lo stato di nutrizione è gravemente compromesso.

Apparato urinario

I postumi delle malattie che colpiscono i reni, gli ureteri, la vescica e l'uretra, quali ad esempio le nefriti, le pielonefriti, la calcolosi renale, l'insufficienza renale, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione

- determinazione della clearance della creatinina (valori corretti in base alla superficie corporea);
- valori diastolici della pressione arteriosa;
- determinazione quantitativa della portineria;
- efficacia del trattamento medico e chirurgico;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

Clearance creatinina superiore a 50 ml/min.

oppure

Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min. con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100mmHg) senza adeguata terapia

oppure

sindrome nefrosica parzialmente controllata dalla terapia, con valore di proteinuria persistente inferiore a 2,5 gr/die.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

Clearance creatinina inferiore a 20ml/min.

oppure

Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiore a 115 mmHg) non controllabile da adeguata terapia

oppure

sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die.

Sistema endocrino

I postumi delle malattie che colpiscono le ghiandole endocrine, quali ad esempio le tiroiditi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le malattie delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- Criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia

oppure

diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e della dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabete dipendenti.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico

oppure

la malattia di per sè controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%.

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

Sistema ematopoietico e linfatico

I postumi delle malattie che colpiscono il midollo osseo, la milza e le ghiandole linfatiche, quali ad esempio le anemie, i tumori in genere, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione

- efficacia del trattamento terapeutico medico chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

Anemia cronica con valori di emoglobinemia non inferiore a gr 10/100 ml. non necessita di emotrasfusioni

oppure

sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia

oppure

leucemia linfatica cronica in 1° stadio

oppure

leucemia mieloide cronica controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

Anemia cronica con valori di emoglobinemia inferiore a gr 10/100 ml. con necessità di emotrasfusioni periodiche (2-3 unità ogni 4-6 settimane)

oppure

presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa

oppure

leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa.