

Contratto di assicurazione per la tutela della salute

SaraCheckUp

Modello: 50IM **Edizione:** 07/2026

Set Informativo

Il presente Set Informativo contiene:

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

Modello: SINF50IM **Edizione:** 07/2026

**Pagina lasciata
intenzionalmente in bianco**

Presentazione del contratto

SaraCheckUp è un prodotto assicurativo destinato a chi vuole tutelare la propria salute e coprire le spese mediche da sostenere in caso di malattia, infortunio o parto, che comportino un intervento chirurgico o un ricovero. Sono previsti quattro differenti livelli di copertura (Formule): "Smart", "Ultra", "Comfort" e "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche". Quest'ultima è dedicata a chi vuole proteggersi solo in caso di un intervento chirurgico rientrante in uno specifico elenco e caratterizzato da un elevato grado di complessità e gravità o di patologia oncologica.

La Formula prescelta può essere prestata anche con un'Opzione Nucleo, con cui, a fronte di una riduzione di premio, i massimali di garanzia sono da considerarsi unici e condivisi fra tutti gli Assicurati previsti in polizza.

Il prodotto prevede la possibilità di ricorrere a Centri di cura e/o medici convenzionati, rispetto ai quali, a determinate condizioni ed entro certi limiti, è ammessa la modalità di indennizzo diretto.

La copertura assicurativa può inoltre essere personalizzata con l'aggiunta di altre garanzie, quali:

- Indennità di degenza, convalescenza e gessatura;

- Tutela Legale Persona, per la difesa dei propri diritti in caso di danno da malpractice medica.

A queste si aggiunge la garanzia Assistenza alla Persona, che, nella sua Formula "Classic", è obbligatoria per tutti gli assicurati e prevede una serie di prestazioni utili in caso di necessità.

La garanzia Assistenza può essere poi personalizzata integrando la copertura con il pacchetto "Single" (dedicato a chi vive da solo) e/o con il pacchetto "Plus".

Per tutti gli assicurati, SaraCheckUp mette a disposizione un check-up biennale, nonché una serie di servizi accessori, quali: "Consigli medici", "Videoconsulti" da parte sia di medici generici che specialisti, "Consegna farmaci", e "Assistenza psicologica".

Per chi ha optato per la Formula "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche", è prevista anche la possibilità di usufruire di un servizio di Teleassistenza.

Di seguito si riporta schema riepilogativo della struttura di prodotto, con l'indicazione delle garanzie/Sezioni Base, ovvero vendibili stand alone, di quelle "Opzionali" (acquistabili in abbinamento ad una garanzia/Sezione Base) e "Obbligatorie".

Formula	Garanzie/Sezioni	Tipologia di garanzia		
		Base	Opzionale	Obbligatoria
Ultra	Interventi chirurgici e ricoveri	X	-	-
	Tutela Mamma e Bimbo			
	Altre garanzie aggiuntive			
	Alta diagnostica e cure fisioterapiche			
	Visite specialistiche ed esami diagnostici			
Smart	Interventi chirurgici e ricoveri	X	-	-
	Tutela Mamma e Bimbo			
	Altre garanzie aggiuntive			
	Alta diagnostica e cure fisioterapiche			
Comfort	Visite specialistiche	X	-	-
	Esami diagnostici			
	Spese pre e post ricovero			
	Indennità di degenza, convalescenza e gessatura			
Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche	Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche	X	-	-
-	Indennità di Degenza, Convalescenza e Gessatura	-	Limitatamente alle Formule: Ultra, Smart, Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche	Limitatamente alla Formula Comfort
-	Assistenza Persona	-	Limitatamente a: Pacchetto Single Pacchetto Plus	Limitatamente a: Formula Classic
-	Tutela Legale Persona	-	X	-

L'informazione circa la tipologia di copertura (Base/Opzionale/Obbligatoria) è riportata anche nelle Condizioni di Assicurazione, in corrispondenza di ciascuna garanzia o Sezione.

Avvertenze

Si conviene quanto segue:

- L'assicurazione è operante esclusivamente per le garanzie riportate sulla Scheda di polizza per le quali è stato corrisposto il relativo premio e per le persone indicate;
- l'assicurazione è prestata per le formule e somme assicurate indicate nella Scheda di polizza;
- alcune garanzie possono prevedere limiti di indennizzo/risarcimento, scoperti e/o franchigie indicati sulla Scheda di polizza o nelle Condizioni di Assicurazione;
- e limitazioni e le esclusioni contrattuali, che determinano la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo, o le disposizioni che introducono obblighi a carico dell'Assicurato, sono evidenziate con carattere "grassetto" nelle Condizioni di Assicurazione.

Home Insurance

Il Contraente dispone di un'**Area Riservata online (c.d. Home Insurance)** per la gestione delle proprie polizze. Il servizio è accessibile sia tramite il sito internet ufficiale, sia attraverso l'applicazione mobile **App SaraConMe**, previo completamento della procedura di registrazione.

Modalità di registrazione

Per effettuare il primo accesso e abilitare l'area protetta, è necessario seguire i seguenti passaggi:

1. **Accedere alla sezione dedicata** all'Area Riservata sul sito internet www.sara.it.
2. **Inserire il proprio Codice Cliente** e il dato identificativo richiesto in base alla tipologia di profilo:
 - **Clienti privati:** data di nascita.
 - **Clienti business (aziende):** partita IVA.
3. **Inserire un indirizzo email valido** e confermare la procedura digitando il codice di verifica ricevuto tramite posta elettronica.

Nota: Le istruzioni operative per la registrazione sono comunque dettagliate anche all'interno della documentazione allegata al contratto.

Funzionalità dell'Area Riservata

Una volta effettuato l'accesso, il Contraente può gestire in autonomia la propria posizione assicurativa ed effettuare diverse operazioni, tra cui:

- **Pagare i premi** assicurativi successivi al primo (rinnovi).
- **Richiedere la modifica** dei propri dati personali.
- **Presentare una denuncia di sinistro, limitatamente alla garanzia di Tutela Legale, se acquistata.**

Limitazioni per le richieste di Assistenza: La denuncia online non è prevista per i sinistri relativi alla Sezione Assistenza. In questo caso specifico, le prestazioni devono essere richieste contattando direttamente la **Struttura Organizzativa di Assistenza** tramite i canali dedicati.

Limitazioni per le richieste di Formula Comfort, Interventi chirurgici e ricoveri, Tutela Mamma e Bimbo, Altre garanzie aggiuntive, Visite specialistiche ed esami diagnostici, Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche, Indennità di degenza, convalescenza, gessatura: la denuncia online non è prevista per i sinistri relativi alle Sezioni suindicate. In questo caso specifico, per aprire un sinistro, l'Assicurato deve rivolgersi alla propria Agenzia Sara oppure direttamente alla Sede legale di Sara Assicurazioni.

**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?

L'assicurazione, nei limiti e alle condizioni espresse in Polizza e in base alla Formula scelta, offre le seguenti coperture:

- ✓ Interventi chirurgici e ricoveri
- ✓ Parto naturale o cesareo
- ✓ Cure del bambino
- ✓ Malattie rare bambini fino a due anni di età
- ✓ Alta diagnostica
- ✓ Visite specialistiche ed esami diagnostici
- ✓ Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche
- ✓ Recupero da tossicodipendenza ed alcolismo
- ✓ Spese per accompagnatore
- ✓ Indennità di degenza sostitutiva
- ✓ Spese trapianto
- ✓ Acquisto protesi ortopediche ed acquisto o noleggio ausili medico chirurgici
- ✓ Estensione patologie pandemiche
- ✓ Fisioterapia post infortunio
- ✓ Rimborso per abbonamenti o corsi non goduti
- ✓ Assistenza Persona
- ✓ Prestazioni connesse alla garanzia salute
- ✓ CheckUp
- ✓ Teleassistenza

Altre garanzie acquistabili ed opzionali:

- ✓ Indennità di degenza, convalescenza da infortunio e malattia
- ✓ Tutela Legale Persona
- ✓ Opzioni aggiuntive garanzia Assistenza Persona



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, e relative sindromi correlate.



Ci sono limiti di copertura?

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- ! conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti a 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, alle garanzie introdotte a nuovo e per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso). Costituisce eccezione al presente disposto quanto previsto in materia di "diritto all'oblio oncologico" dalla L. 7 dicembre 2023 n° 193 ed eventuali successive modifiche e/o integrazioni;
- ! 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);
- ! terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- ! cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della Polizza;
- ! 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, fitoterapie e comunque la medicina alternativa in genere;
- ! ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- ! 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;
- ! 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'accelerazione 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 in tutto il mondo ad eccezione della garanzia Tutela Legale Persona per la quale l'Assicurazione viene prestata per le sole controversie che sorgono e devono essere trattate in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino. Relativamente alla garanzia Assistenza, si rinvia a quanto previsto per le singole prestazioni. Fermo restando quanto sopra, gli indennizzi vengono liquidati in Italia e in valuta avente corso legale in Italia. In caso di viaggi o soggiorni prolungati all'estero (esclusi Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino), l'assicurazione rimane operante per un periodo massimo continuativo di 180 giorni. Dopo tale periodo la copertura è sospesa fino al giorno di rientro in Italia.



Che obblighi ho?

Stipula contratto - In sede di perfezionamento del contratto il Contraente e/o l'Assicurato devono fornire tutte le informazioni che possono influire sulla valutazione del rischio da parte di Sara Assicurazioni. 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, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c..

Corso di contratto - Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta a Sara Assicurazioni di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati da Sara Assicurazioni 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 e/o l'Assicurato devono comunicare per iscritto a Sara Assicurazioni l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro deve essere dato avviso a tutte le Compagnie assicuratrici indicando a ciascuna di esse il nome delle altre ai sensi dell'art. 1910 c.c..

Se l'assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, Sara Assicurazioni non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al rilascio del contratto in caso di stipula del contratto per il tramite di un intermediario incaricato di Sara Assicurazioni o alla stessa data di perfezionamento della stessa mediante tecnica di comunicazione a distanza.

Il premio di polizza è annuale o frazionabile:

- in rate semestrali, con applicazione di un aumento del 4%;
- 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 può ricorrere 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 di 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 presso l'Agenzia.

Il contratto prevede l'adeguamento automatico (Indicizzazione) delle somme assicurate, del premio, dei massimi indennizzi e dei limiti di garanzia, se espressi in cifra assoluta (ad eccezione della garanzia Assistenza).

Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta di assicurazione secondo le aliquote attualmente in vigore.

I pagamenti elettronici relativi ai premi assicurativi successivi al primo possono anche essere effettuati accedendo all'Area Riservata presente sul sito www.Sara.it utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione.

Per il contratto perfezionato mediante tecnica di comunicazione a distanza, il Premio potrà essere corrisposto con sistema di acquisto via web mediante l'utilizzo di carte di credito Maestro, Visa, American Express e Mastercard, PayPal e Bonifico Online Mybank. Tali modalità di pagamento sono effettuate in condizioni di sicurezza. La polizza verrà successivamente inviata al Contraente secondo le modalità di invio della documentazione contrattuale e precontrattuale richieste da quest'ultimo.



Quando inizia la copertura e quando finisce?

Il contratto entra in vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene effettuato il pagamento del premio oppure alle ore 24.00 del giorno di decorrenza se successivo al pagamento del premio.

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 prima della stipula del contratto ma 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 30 giorni soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno dopo quella della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di Sara Assicurazioni al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 c.c..

Il contratto prevede il tacito rinnovo alla scadenza e ha una durata annuale.



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 dal contratto dandone comunicazione a Sara Assicurazioni mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato. Sara Assicurazioni, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Il presente prodotto non prevede il recesso per sinistro da parte di Sara Assicurazioni.

Nel caso di stipula del contratto mediante tecnica di comunicazione a distanza, il Contraente potrà recedere dalla polizza nei 14 (quattordici) giorni successivi al suo perfezionamento, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 67- duodecies del Codice del Consumo, ricevendo in restituzione il Premio corrisposto e non goduto, al netto delle imposte e del contributo al SSN, ove previsto.

SEZIONE INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI

Assicurazione Salute

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

Impresa: Sara Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: SaraCheckUp

Sezione: Interventi Chirurgici e Ricoveri

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 30/07/2026 ultima versione disponibile



Scopo

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 S.p.A., 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 assicuratrici n° 1.00018. Società del Gruppo A.C.I. 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 2025

- Patrimonio netto: euro **849.253.099,55**
- Capitale sociale: euro **54.675.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **794.578.099,55**

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 **296.116.792**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **133.252.556**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **1.128.263.405,96**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **381,0%** (tale indice rappresenta il rapporto tra Fondi Propri ammissibili ed il Requisito Patrimoniale di Solvibilità).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente. Il dettaglio delle coperture è disponibile all'interno delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni.

Interventi Chirurgici e Ricoveri: riconosce un indennizzo all'Assicurato per le spese di cura di cui all'art.IR.2 della sezione IR (pag.24 delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni).

OPZIONI CON RIDUZIONE DI PREMIO: Formula "Ultra" - Franchigia nei Centri convenzionati (art.IR.5, pag.26).

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: Formula "Smart" - Esclusione franchigia nei Centri convenzionati (art.IR.5, pag.26).



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni valide per tutte le coperture sotto riportate:

- 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, prima della stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone, alle garanzie introdotte a nuovo e per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- aborto volontario non terapeutico;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, o ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Assicurato;
- suicidio e tentato suicidio;
- infortuni che derivano dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti;
- terapie della fecondità assistita di qualsiasi tipo e terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- prestazioni aventi finalità estetiche;
- cure dimagranti e dietetiche, liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- cure omeopatiche, fitoterapiche e la medicina alternativa in genere;
- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- cure dentarie o delle parodontopatie e 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 per effettuare atti elementari della vita quotidiana e i ricoveri di lunga degenza;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, e di radiazioni provocate artificialmente dalle accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

SEZIONE INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI

Evento / Copertura	Descrizione	Scoperti, Franchigie e Limiti di indennizzo
Interventi Chirurgici e Ricoveri (art.IR.1, pag.24)	Riconosce all'Assicurato un indennizzo in caso di intervento chirurgico dovuto a infortunio o malattia	Scoperti, Franchigie e Limiti variabili a seconda della Formula acquistata
Ricovero e intervento chirurgico (art.IR.2, pag.24)	Copre le spese per i diritti di sala operatoria, materiali di intervento, onorari, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento, assistenza, cure, medicinali, esami, rette di degenza, in caso di ricovero / intervento chirurgico determinati da malattia o infortunio	• Formula Ultra - a) interventi e ricoveri in Istituti non convenzionati: Scoperto 10% con minimo 1.500 euro e massimo 5.000 euro; b) interventi e ricoveri in Istituti convenzionati con medici non convenzionati: Scoperto 10%, massimo 5.000 euro. • Formula Smart - a) interventi e ricoveri in Istituti convenzionati: Franchigia 1.000 euro; b) interventi e ricoveri in Istituti non convenzionati: Scoperto 20% con minimo 2.500 euro e massimo 5.000 euro; c) interventi e ricoveri in Istituti convenzionati con medici non convenzionati: Franchigia 1.000 per pagamento diretto oppure Scoperto 20% e massimo 5.000 euro per rimborso
Spese pre e post ricovero e intervento chirurgico (art.IR.2, pag.24)	Prevede il rimborso delle spese, inerenti l'intervento chirurgico o il ricovero, sostenute dall'Assicurato per esami diagnostici, visite specialistiche, trasporto in autoambulanza, prestazioni mediche, trattamenti	Per il trasporto in autoambulanza: Limite 300 euro per anno assicurativo (limite 6.000 euro per il trasporto in eliambulanza)
Esclusioni: spese sostenute dall'Assicurato prima di 120 giorni dall'intervento chirurgico o dalla data di inizio del ricovero e quelle sostenute dopo 120 giorni dall'intervento stesso o dalla data di inizio del ricovero stessa. Per le cure termali, sono escluse le spese alberghiere. Per il trasporto in autoambulanza o eliambulanza, la copertura non opera per il ritorno dall'Istituto di cura.		
Day Hospital senza intervento chirurgico (art.IR.2, pag.24)	Prevede il rimborso delle spese per accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici/rieducativi, medicinali, rette di degenza, autoambulanza, relative al periodo di ricovero	• Formula Ultra - a) interventi e ricoveri in Istituti non convenzionati: Scoperto 10% con minimo 1.500 euro e massimo 5.000 euro; b) interventi e ricoveri in Istituti convenzionati con medici non convenzionati: Scoperto 10%, massimo 5.000 euro. • Formula Smart - a) interventi e ricoveri in Istituti convenzionati: Franchigia 1.000 euro; b) interventi e ricoveri in Istituti non convenzionati: Scoperto 20% con minimo 2.500 euro e massimo 5.000 euro; c) interventi e ricoveri in Istituti convenzionati con medici non convenzionati: Franchigia 1.000 per pagamento diretto oppure Scoperto 20% e massimo 5.000 euro per rimborso Per il trasporto in autoambulanza: Limite 300 euro per anno assicurativo (limite 6.000 euro per il trasporto in eliambulanza)
Esclusioni: per il trasporto in autoambulanza o eliambulanza, la copertura non opera per il ritorno dall'Istituto di cura.		
Ernie (art.IR.2, pag.24)	Copre le spese per interventi chirurgici per l'eliminazione di ernie	Limite 10.000 euro. Per il trasporto in autoambulanza: Limite 300 euro per anno assicurativo (limite 6.000 euro per eliambulanza)
Cure dentarie e delle parodontopatie (art.IR.2, pag.24)	Copre le spese per cure dentarie o delle parodontopatie conseguenti a infortunio verificatosi dopo la stipula della polizza	Limite variabile a seconda della Formula acquistata
Esclusioni: spese per protesi.		
Spese di chirurgia plastica e stomatologica ricostruttiva (art.IR.2, pag.24)	Copre le spese per chirurgia plastica e stomatologica ricostruttiva rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne indennizzabili	Valgono Scoperti, Franchigie e Limiti indicati per "Ricovero e intervento chirurgico" e "Spese pre e post ricovero e intervento chirurgico"
Malattia oncologica (art.IR.2, pag.24)	Prevede il rimborso delle spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici che hanno confermato la malattia oncologica, per visite specialistiche e terapie che agiscono sull'organismo per attaccare le cellule tumorali, per l'assistenza infermieristica a domicilio in caso di ricovero	Per l'assistenza infermieristica a domicilio in caso di ricovero: Limite 6.000 euro per anno assicurativo. In tutti gli altri casi: Limite 15.000 euro per persona ed anno assicurativo
Esclusioni: per le visite specialistiche e le terapie che agiscono sull'organismo per attaccare le cellule tumorali, sono escluse le spese sostenute dopo 2 anni dalla data di fine del primo ricovero relativo alla malattia oncologica stessa. Per l'assistenza infermieristica a domicilio in caso di ricovero, sono escluse le spese sostenute dopo 60 giorni dalla data di dimissione. Per il ticket relativo ai farmaci ad uso antitumorale, la copertura non opera se questi farmaci non sono prescrittibili dal Servizio Sanitario Nazionale.		
Spese di trapianto (art.IR.2, pag.25)	Prevede il rimborso delle spese per prelievo, ricovero, accertamenti, assistenza, intervento chirurgico di espanto, cure, medicinali, rette di degenza e spese per il trasporto degli organi o parte di essi, in caso di trapianto degli stessi effettuato sull'Assicurato donatore vivente	Limite 5.000 euro per anno assicurativo
 A chi è rivolto questo prodotto?		
Chi vuole una copertura per le spese mediche in caso di infortunio o malattia.		

SEZIONE INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI

 Quali costi devo sostenere?	
La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari a 367,07 euro. Per i contratti sottoscritti mediante tecnica di comunicazione a distanza, la quota parte percepita in media dall'intermediario è invece pari a 183,54 euro.	
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 di Sara Assicurazioni www.sara.it . Sara Assicurazione dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
OPPURE	oppure
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	- al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n.98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Sara Assicurazioni.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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. Arbitrato: le eventuali controversie sull'ammontare del danno possono essere demandate ad un collegio di tre Periti, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.
 REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Per le garanzie di Interventi Chirurgici e Ricoveri, l'imposta sulle assicurazioni dovuta sul Premio imponibile è pari al 2,50%.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di Sara Assicurazioni al seguente link https://www.sara.it/oblio-oncologico
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a Sara Assicurazioni o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le Imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Sara Assicurazioni ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.
PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.	

SEZIONE TUTELA MAMMA E BIMBO

Assicurazione Salute

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

Impresa: Sara Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: SaraCheckUp

Sezione: Tutela Mamma e Bimbo



Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 30/07/2026 ultima versione disponibile

Scopo

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 S.p.A., 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 A.C.I. 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 2025

- Patrimonio netto: euro **849.253.099,55**
- Capitale sociale: euro **54.675.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **794.578.099,55**

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 **296.116.792**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **133.252.556**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **1.128.263.405,96**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **381,0%** (tale indice rappresenta il rapporto tra Fondi Propri ammissibili ed il Requisito Patrimoniale di Solvibilità).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente. Il dettaglio delle coperture è disponibile all'interno delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni.

Tutela Mamma e Bimbo: riconosce un indennizzo all'Assicurato per le spese di cui all'art.MB.2 della sezione MB (pag.30 delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni).

OPZIONI CON RIDUZIONE DI PREMIO: Formula "Ultra" - Franchigia nei Centri convenzionati (art.MB.7, pag.33).

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: Formula "Smart" - Esclusione franchigia nei Centri convenzionati (art.MB.7, pag.33).



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni valide per tutte le coperture sotto riportate:

- 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, prima della stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone, alle garanzie introdotte a nuovo e per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- aborto volontario non terapeutico;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, o ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Assicurato;
- suicidio e tentato suicidio;
- infortuni che derivano dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti;
- terapie della fecondità assistita di qualsiasi tipo e terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- prestazioni aventi finalità estetiche;
- cure dimagranti e dietetiche, liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- cure omeopatiche, fitoterapiche e la medicina alternativa in genere;
- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- cure dentarie o delle parodontopatie e 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 per effettuare atti elementari della vita quotidiana e i ricoveri di lunga degenza;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, e di radiazioni provocate artificialmente dalle accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

SEZIONE TUTELA MAMMA E BIMBO

Evento / Copertura	Descrizione	Scoperti, Franchigie e Limiti di indennizzo
Tutela Mamma e Bimbo (art.MB.1, pag.30)	Riconosce all'Assicurato un indennizzo delle spese per il parto naturale o cesareo	Scoperti, Franchigie e Limiti variabili a seconda della Formula acquistata
Parto naturale o cesareo (art.MB.2, pag.30)	Copre le spese per i diritti di sala operatoria, materiali di intervento, onorari, assistenza, medicinali, esami, spese di baby room/neonatalogo /incubatrice, in caso di parto naturale o cesareo	- Formula Ultra - a) parto in Istituti convenzionati: Limite 9.500 euro per parto naturale e 11.000 euro per parto cesareo, Limite 2.000 euro per spese pre e post intervento o ricovero; b) parto in Istituti non convenzionati: Limite 8.400 euro per parto naturale e 9.800 euro per parto cesareo, Limite 2.000 euro per spese pre e post intervento o ricovero; c) parto in Istituto convenzionato con medici non convenzionati: per onorari professionisti Limite 4.200 euro per parto naturale e 6.600 per parto cesareo, massimo 9.500 euro per parto naturale e 11.000 euro per parto cesareo, Limite 2.000 euro per spese pre e post intervento o ricovero. - Formula Smart - a) parto in Istituti convenzionati: Franchigia 1.000 euro, Limite 9.500 euro per parto naturale e 11.000 euro per parto cesareo, Limite 2.000 euro per spese pre e post intervento o ricovero; b) parto in Istituti non convenzionati: Franchigia 1.000 euro, Limite 8.400 euro per parto naturale e 9.800 euro per parto cesareo, Limite 2.000 euro per spese pre e post intervento o ricovero; c) parto in Istituto convenzionato con medici non convenzionati: Franchigia 1.000 euro per pagamento diretto, per onorari professionisti Limite 4.200 euro per parto naturale e 6.600 per parto cesareo, massimo 9.500 euro per parto naturale e 11.000 euro per parto cesareo, Limite 2.000 euro per spese pre e post intervento o ricovero. Per esami diagnostici/visite specialistiche: Limite 3 visite e 3 ecografie. Per il trasporto in autoambulanza: Limite 300 euro per anno assicurativo (limite 6.000 euro per il trasporto in eliambulanza)
Esclusioni: spese sostenute dall'Assicurato prima di 120 giorni dall'intervento chirurgico o dalla data di inizio del ricovero e quelle sostenute dopo 120 giorni dall'intervento stesso o dalla data di inizio del ricovero stessa. Per il trasporto in autoambulanza o eliambulanza, la copertura non opera per il ritorno dall'Istituto di cura.		
Cure per il bambino (art.MB.3, pag.30)	Copre le spese di cura per il bambino non assicurato, nato da parto indennizzabile, che necessita di ricovero o intervento chirurgico per malattia o infortunio	Limiti previsti per la madre assicurata
Esclusioni: la copertura non opera in caso di polizza sottoscritta con Opzione Nucleo. Non opera, inoltre, se il nominativo del bambino non viene comunicato all'Agenzia Sara di riferimento entro 6 mesi dalla nascita e se il bambino ha età pari o superiore a 2 anni.		
Malattie Rare del bambino: Indennizzo forfettario "una tantum" per Malattie rare del bambino (art.MB.4.1, pag.30)	Riconosce una prestazione non ripetibile, in forma capitale, se al bambino viene diagnosticata una malattia rara nel corso dei primi 2 anni di vita	Indennizzo 10.000 euro
Esclusioni: se la polizza è sottoscritta con Opzione Individuale, la copertura non opera se il nominativo del bambino non viene comunicato all'Agenzia Sara di riferimento entro 6 mesi dalla nascita e se il bambino ha età pari o superiore a 2 anni.		
Malattie Rare del bambino: Ricerca Centri di eccellenza (art.MB.4.2, pag.31)	Tramite la Struttura Organizzativa Salute, prevede la ricerca di centri di cura se i genitori del bambino con malattia rara necessitano di aiuto nella ricerca	Nessun limite salvo la somma assicurata
Esclusioni: valgono le esclusioni indicate per "Malattie Rare del bambino: Indennizzo forfettario "una tantum" per Malattie rare del bambino". Inoltre, la copertura non opera se il bambino non è nato da parto indennizzabile e se la malattia rara viene diagnosticata dopo i primi 2 anni di vita.		
Malattie Rare del bambino: Rimborso spese per "Secondo parere" medico (art.MB.4.2, pag.31)	Prevede il rimborso delle spese per adeguare documenti medici, tradurli e trasmetterli all'Istituzione medico-scientifica scelta, sostenute dai genitori del bambino con malattia rara che hanno bisogno di un secondo parere medico	Limite 1.000 euro
Esclusioni: valgono le esclusioni indicate per "Malattie Rare del bambino: Ricerca Centri di eccellenza".		
Malattie Rare del bambino: Trasferimento in centri specializzati (art.MB.4.2, pag.31)	Copre il costo del trasferimento del bambino che si trova in Italia e, a seguito di malattia rara, deve essere ricoverato presso Centri specializzati situati al di fuori della propria regione di residenza	Limite 5.000 euro per anno assicurativo
Esclusioni: valgono le esclusioni indicate per "Malattie Rare del bambino: Ricerca Centri di eccellenza". Inoltre, la copertura non opera: a) per le terapie riabilitative e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implica violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali; b) se l'Assicurato non ha preso contatto con la Struttura Organizzativa di Assistenza al verificarsi del sinistro.		
Malattie Rare del bambino: Interprete all'estero (art.MB.4.2, pag.31)	Tramite la Struttura Organizzativa Salute, prevede l'invio di un interprete se il bambino viene ricoverato all'estero per malattia rara e i genitori hanno difficoltà a comunicare non conoscendo la lingua	Limite 500 euro per anno assicurativo
Esclusioni: valgono le esclusioni indicate per "Malattie Rare del bambino: Ricerca Centri di eccellenza". Inoltre, la copertura non opera se l'Assicurato non ha preso contatto con la Struttura Organizzativa di Assistenza al verificarsi del sinistro.		

SEZIONE TUTELA MAMMA E BIMBO

 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 euro. Per i contratti sottoscritti mediante tecnica di comunicazione a distanza, la quota parte percepita in media dall'intermediario è invece pari a 183,54 euro.	
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 di Sara Assicurazioni www.sara.it . Sara Assicurazione dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
OPPURE	oppure
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	- al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n.98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Sara Assicurazioni.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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. Arbitrato: le eventuali controversie sull'ammontare del danno possono essere demandate ad un collegio di tre Periti, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.
 REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Per le garanzie di Tutela Mamma e Bimbo, l'imposta sulle assicurazioni dovuta sul Premio imponibile è pari al 2,50%.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di Sara Assicurazioni al seguente link https://www.sara.it/oblio-oncologico
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a Sara Assicurazioni o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le Imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Sara Assicurazioni ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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

SEZIONE ALTRE GARANZIE AGGIUNTIVE

Assicurazione Salute

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

Impresa: Sara Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: SaraCheckUp

Sezione: Altre Garanzie Aggiuntive

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 30/07/2026 ultima versione disponibile



Scopo

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 S.p.A., 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 A.C.I. 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 2025

- Patrimonio netto: euro **849.253.099,55**
- Capitale sociale: euro **54.675.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **794.578.099,55**

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 **296.116.792**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **133.252.556**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **1.128.263.405,96**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **381,0%** (tale indice rappresenta il rapporto tra Fondi Propri ammissibili ed il Requisito Patrimoniale di Solvibilità).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente. Il dettaglio delle coperture è disponibile all'interno delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni.

Altre Garanzie Aggiuntive: riconosce un indennizzo all'Assicurato al verificarsi degli eventi di cui all'art.GA.2 della sezione GA (pag.37 delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni).

OPZIONI CON RIDUZIONE DI 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?

Esclusioni valide per tutte le coperture sotto riportate:

- 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, prima della stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone, alle garanzie introdotte a nuovo e per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- aborto volontario non terapeutico;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, o ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Assicurato;
- suicidio e tentato suicidio;
- infortuni che derivano dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti;
- terapie della fecondità assistita di qualsiasi tipo e terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- prestazioni aventi finalità estetiche;
- cure dimagranti e dietetiche, liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- cure omeopatiche, fitoterapiche e la medicina alternativa in genere;
- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- cure dentarie o delle parodontopatie e 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 per effettuare atti elementari della vita quotidiana e i ricoveri di lunga degenza;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, e di radiazioni provocate artificialmente dalle accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Evento / Copertura	Descrizione	Scoperti, Franchigie e Limiti di indennizzo
Altre Garanzie Aggiuntive (art.GA.1, pag.37)	Riconosce all'Assicurato un indennizzo o rimborso spese al verificarsi degli eventi di seguito descritti	Vale quanto indicato, di seguito, a ciascuna copertura
Indennità di degenza sostitutiva (art.GA.2, pag.37)	Riconosce all'Assicurato un'indennità giornaliera in caso di ricovero per malattia, infortunio o parto	Indennità 100 euro per ogni giorno di ricovero, massimo 180 giorni per anno assicurativo

Esclusioni: non viene riconosciuta indennità per il giorno di dimissione.

SEZIONE ALTRE GARANZIE AGGIUNTIVE

Spese per accompagnatore (art.GA.2, pag.37)	Copre le spese per rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore in caso di ricovero dell'Assicurato per malattia, infortunio o parto	Limite 50 euro al giorno, massimo 30 giorni per ogni ricovero
Estensione patologie pandemiche - Terapia intensiva (art.GA.2, pag.37)	Riconosce all'Assicurato un'indennità per convalescenza in caso di ricovero in regime di terapia intensiva a seguito di patologia pandemica	Indennità una tantum 2.000 euro
Esclusioni: la copertura non opera nei casi di patologie/infezioni diverse da quelle pandemiche e se: a) lo stato patologico pandemico era già conosciuto e/o diagnosticato al momento della stipulazione del contratto; b) lo stato patologico pandemico era già presente al momento della stipula del contratto (anche in forma asintomatica); c) al momento della stipula del presente contratto era già previsto per il soggetto l'isolamento domiciliare obbligatorio; d) la patologia pandemica rappresenta malattia professionale, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni.		
Rimborso per abbonamenti o corsi non goduti (art.GA.2, pag.37)	Prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per la parte di prestazione non goduta se, a seguito di infortunio, non può usufruire di abbonamenti, ski-pass, iscrizioni a corsi o scuole	Limite 500 euro per anno assicurativo
Acquisto protesi ortopediche e acquisto o noleggio ausili medico chirurgici (art.GA.2, pag.37)	Prevede il rimborso delle spese per acquisto protesi o amplificatori acustici e per acquisto/noleggio di carrozzelle o apparecchiature, sostenute dall'Assicurato a seguito di malattia o infortunio	Limite 2.500 euro per anno assicurativo
Noleggio di Apparecchiature Elettromedicali per Fisioterapia e Riabilitazione (art.GA.2, pag.37)	Prevede il rimborso del noleggio di apparecchiature elettromedicali per fisioterapia e riabilitazione, in caso di intervento chirurgico o ricovero indennizzabile	Limite 1.000 euro per anno assicurativo, massimo 90 giorni successivi all'intervento chirurgico o alla data di termine del ricovero
Esclusioni: costi di noleggio o acquisto di apparecchiature destinate a: trattamenti con finalità estetiche, cosmetiche o di rimodellamento corporeo, finalità puramente di benessere, relax, fitness o ottimizzazione della performance sportiva (es. pedane vibranti non terapeutiche, massaggiatori generici), monitoraggio domiciliare ordinario o screening. Inoltre, la copertura non opera se: a) le apparecchiature o gli ausili elettromedicali non sono esclusivamente finalizzati al recupero funzionale o alla terapia riabilitativa di organi o arti compromessi da infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza; b) il noleggio non è prescritto preventivamente da un medico specialista che ne specifica la diagnosi, la finalità terapeutica e la durata del trattamento; c) l'apparecchiatura non è classificata come Dispositivo Medico (CE) ai sensi delle normative vigenti.		
Recupero da tossicodipendenza e alcolismo (art.GA.2, pag.38)	Riconosce un indennizzo all'Assicurato che si sottopone a cure disintossicanti presso Centri di cura, se nel corso dell'assicurazione viene colpito da intossicazione da stupefacenti o alcolismo	Indennizzo una tantum 2.500 euro
Adattamento auto (art.GA.2, pag.38)	Copre le spese per modificare l'auto per continuare a guidare, a seguito di infortunio	Limite 3.000 euro per sinistro
Esclusioni: spese sostenute dopo 24 mesi dall'infortunio. La copertura non opera: a) per infortunio che causa un'invalideria permanente fino al 65%; b) per adattamenti successivi al primo.		
Adattamento casa (art.GA.2, pag.38)	Copre le spese per modificare la casa per continuare a viverci, a seguito di infortunio	Limite 10.000 euro per sinistro
Esclusioni: valgono le esclusioni indicate per "Adattamento auto".		
 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 euro. Per i contratti sottoscritti mediante tecnica di comunicazione a distanza, la quota parte percepita in media dall'intermediario è invece pari a 183,54 euro.		
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 di Sara Assicurazioni www.sara.it . Sara Assicurazione dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.	
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .	
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:		
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile	
OPPURE	oppure	
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	- al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n.98).	
Negoziante assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Sara Assicurazioni.	
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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. Arbitrato: le eventuali controversie sull'ammontare del danno possono essere demandate ad un collegio di tre Periti, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.	

SEZIONE ALTRE GARANZIE AGGIUNTIVE

 REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Per le garanzie di Altre Garanzie Aggiuntive, l'imposta sulle assicurazioni dovuta sul Premio imponibile è pari al 2,50%.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di Sara Assicurazioni al seguente link https://www.sara.it/oblio-oncologico
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a Sara Assicurazioni o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le Imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Sara Assicurazioni ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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

SEZIONE ALTA DIAGNOSTICA E CURE FISIOTERAPICHE

Assicurazione Salute

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

Impresa: Sara Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: SaraCheckUp

Sezione: Alta Diagnostica e Cure Fisioterapiche

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 30/07/2026 ultima versione disponibile



Scopo

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 S.p.A., 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 A.C.I. 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 2025

- Patrimonio netto: euro **849.253.099,55**
- Capitale sociale: euro **54.675.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **794.578.099,55**

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 **296.116.792**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **133.252.556**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **1.128.263.405,96**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **381,0%** (tale indice rappresenta il rapporto tra Fondi Propri ammissibili ed il Requisito Patrimoniale di Solvibilità).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente. Il dettaglio delle coperture è disponibile all'interno delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni.

Alta Diagnostica e Cure Fisioterapiche: riconosce un indennizzo all'Assicurato per le spese di cui all'art.AD.2 della sezione AD (pag.40 delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni).

OPZIONI CON RIDUZIONE DI 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?

Esclusioni valide per tutte le coperture sotto riportate:

- 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, prima della stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone, alle garanzie introdotte a nuovo e per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- aborto volontario non terapeutico;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, o ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Assicurato;
- suicidio e tentato suicidio;
- infortuni che derivano dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti;
- terapie della fecondità assistita di qualsiasi tipo e terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- prestazioni aventi finalità estetiche;
- cure dimagranti e dietetiche, liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- cure omeopatiche, fitoterapiche e la medicina alternativa in genere;
- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- cure dentarie o delle parodontopatie e 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 per effettuare atti elementari della vita quotidiana e i ricoveri di lunga degenza;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, e di radiazioni provocate artificialmente dalle accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Evento / Copertura	Descrizione	Scoperti, Franchigie e Limiti di indennizzo
Alta Diagnostica e Cure Fisioterapiche (art.AD.1, pag.40)	Riconosce all'Assicurato un indennizzo delle spese per esami di alta diagnostica e cure fisioterapiche	Vale quanto indicato, di seguito, a ciascuna copertura
Esami di Alta Diagnostica (art.AD.2.1, pag.40)	Copre le spese sostenute per accertamenti di alta diagnostica in caso di malattia o infortunio	Per accertamenti in Centri convenzionati: Franchigia 30 euro per singola fattura. Per accertamenti in Centri non convenzionati: Scoperto 25% con minimo 50 euro per singola fattura. Limite Formula Ultra: 5.000 euro per anno assicurativo. Limite Formula Smart: 3.000 euro per anno assicurativo.

Esclusioni: accertamenti diagnostici odontoiatrici, ortodontici ed esami diversi da quelli espressamente indicati all'art.AD.2.1, pag.40.

La copertura non opera in assenza di prescrizione medica indicante la patologia o il dubbio diagnostico che giustificano l'accertamento.

SEZIONE ALTA DIAGNOSTICA E CURE FISIOTERAPICHE

Cure fisioterapiche (art.AD.2.2, pag.40)	Copre le spese per la fisioterapia successiva all'applicazione di gessatura a seguito di infortunio	Scoperto 10% con minimo 100 euro, Limite 1.500 euro per anno assicurativo
Esclusioni: spese sostenute dopo 120 giorni successivi alla rimozione della gessatura. La copertura non opera se l'infortunio è stato trattato con collari (ad es. di Schanz, Colombari, Philadelphia), busti ortopedici, fasce elastiche, bendaggi alla colla di zinco o "mollì" e altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di questi. Relativamente al caso di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose trattate mediante immobilizzazione con tutori ortopedici esterni, fissatori esterni o stecche digitali, la copertura non opera se: a) tali fratture, lesioni o rotture non sono clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografie o artroscopie; b) l'applicazione di tali tutori, fissatori o stecche non è stata prescritta da un Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero o, in caso di ricovero o di Day Hospital, nel corso della degenza da sanitari dell'Istituto di cura.		
 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 euro. Per i contratti sottoscritti mediante tecnica di comunicazione a distanza, la quota parte percepita in media dall'intermediario è invece pari a 183,54 euro.		
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 di Sara Assicurazioni www.sara.it . Sara Assicurazione dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.	
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .	
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:		
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile	
OPPURE	oppure	
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	- al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n.98).	
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Sara Assicurazioni.	
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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. Arbitrato: le eventuali controversie sull'ammontare del danno possono essere demandate ad un collegio di tre Periti, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.	
 REGIME FISCALE		
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Per le garanzie di Alta Diagnostica e Cure Fisioterapiche, l'imposta sulle assicurazioni dovuta sul Premio imponibile è pari al 2,50%.	
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?		
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di Sara Assicurazioni al seguente link https://www.sara.it/oblio-oncologico	
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a Sara Assicurazioni o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.	
Effetti dell'oblio oncologico per le Imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Sara Assicurazioni ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.	
PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.		

SEZIONE VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI

Assicurazione Salute

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

Impresa: Sara Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: SaraCheckUp

Sezione: Visite Specialistiche ed Esami Diagnostici

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 30/07/2026 ultima versione disponibile



Scopo

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 S.p.A., 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 A.C.I. 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 2025

- Patrimonio netto: euro **849.253.099,55**
- Capitale sociale: euro **54.675.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **794.578.099,55**

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 **296.116.792**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **133.252.556**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **1.128.263.405,96**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **381,0%** (tale indice rappresenta il rapporto tra Fondi Propri ammissibili ed il Requisito Patrimoniale di Solvibilità).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente. Il dettaglio delle coperture è disponibile all'interno delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni.

Visite Specialistiche ed Esami Diagnostici: riconosce un indennizzo all'Assicurato per le spese di cui all'art.VE.2 della sezione VE (pag.43 delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni).

OPZIONI CON RIDUZIONE DI 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?

Esclusioni valide per tutte le coperture sotto riportate:

- 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, prima della stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone, alle garanzie introdotte a nuovo e per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- aborto volontario non terapeutico;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, o ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Assicurato;
- suicidio e tentato suicidio;
- infortuni che derivano dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti;
- terapie della fecondità assistita di qualsiasi tipo e terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- prestazioni aventi finalità estetiche;
- cure dimagranti e dietetiche, liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- cure omeopatiche, fitoterapiche e la medicina alternativa in genere;
- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- cure dentarie o delle parodontopatie e 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 per effettuare atti elementari della vita quotidiana e i ricoveri di lunga degenza;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, e di radiazioni provocate artificialmente dalle accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- visite, esami ed accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.

L'assicurazione non vale in assenza di prescrizione medica che indica la patologia o il dubbio diagnostico.

SEZIONE VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI

Evento / Copertura	Descrizione	Scoperti, Franchigie e Limiti di indennizzo
Visite Specialistiche ed Esami Diagnostici (art.VE.1, pag.43)	Copre le spese per visite specialistiche ed esami diagnostici in caso di malattia o infortunio	Per visite specialistiche / esami diagnostici in Centri convenzionati: Franchigia 30 euro per singola fattura. Per visite specialistiche in Centri non convenzionati: Franchigia 50 euro per singola fattura. Per esami diagnostici in Centri non convenzionati: Scoperto 25% con minimo 50 euro per singola fattura. Per visite specialistiche / esami diagnostici: Limite 2.500 euro per anno assicurativo
 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 euro. Per i contratti sottoscritti mediante tecnica di comunicazione a distanza, la quota parte percepita in media dall'intermediario è invece pari a 183,54 euro.		
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 di Sara Assicurazioni www.sara.it . Sara Assicurazione dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.	
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .	
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:		
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile	
OPPURE	oppure	
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	- al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n.98).	
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Sara Assicurazioni.	
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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. Arbitrato: le eventuali controversie sull'ammontare del danno possono essere demandate ad un collegio di tre Periti, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.	
 REGIME FISCALE		
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Per le garanzie di Visite Specialistiche ed Esami Diagnostici, l'imposta sulle assicurazioni dovuta sul Premio imponibile è pari al 2,50%.	
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?		
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di Sara Assicurazioni al seguente link https://www.sara.it/oblio-oncologico	
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a Sara Assicurazioni o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.	
Effetti dell'oblio oncologico per le Imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Sara Assicurazioni ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.	

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

SEZIONE FORMULA COMFORT

Assicurazione Salute

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

Impresa: Sara Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: SaraCheckUp

Sezione: Formula Comfort



Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 30/07/2026 ultima versione disponibile

Scopo

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 S.p.A., 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 A.C.I. 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 2025

- Patrimonio netto: euro **849.253.099,55**
- Capitale sociale: euro **54.675.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **794.578.099,55**

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 **296.116.792**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **133.252.556**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **1.128.263.405,96**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **381,0%** (tale indice rappresenta il rapporto tra Fondi Propri ammissibili ed il Requisito Patrimoniale di Solvibilità).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente. Il dettaglio delle coperture è disponibile all'interno delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni.

Formula Comfort: riconosce un indennizzo all'Assicurato per le spese di cura di cui all'art.FC.1 della sezione FC (pag.46 delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni).

OPZIONI CON RIDUZIONE DI 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?

Esclusioni valide per tutte le coperture sotto riportate:

- 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, prima della stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone, alle garanzie introdotte a nuovo e per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- aborto volontario non terapeutico;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, o ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Assicurato;
- suicidio e tentato suicidio;
- infortuni che derivano dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti;
- terapie della fecondità assistita di qualsiasi tipo e terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- prestazioni aventi finalità estetiche;
- cure dimagranti e dietetiche, liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- cure omeopatiche, fitoterapiche e la medicina alternativa in genere;
- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- cure dentarie o delle parodontopatie e 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 per effettuare atti elementari della vita quotidiana e i ricoveri di lunga degenza;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, e di radiazioni provocate artificialmente dalle accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- spese e indennità per parto (naturale o cesareo) e gravidanza.

SEZIONE FORMULA COMFORT

Evento / Copertura	Descrizione	Scoperti, Franchigie e Limiti di indennizzo
Formula Comfort (art.FC.1, pag.46)	Copre le spese per visite specialistiche, esami diagnostici, spese pre e post ricovero. Inoltre, riconosce un'indennità in caso di degenza, convalescenza e gessatura	Vale quanto indicato, di seguito, a ciascuna garanzia
Visite specialistiche (art.FC.2, pag.46)	Copre le spese per visite specialistiche in caso di malattia o infortunio	- Per visite specialistiche in Centri convenzionati: Franchigia 30 euro per singola fattura. - Per visite specialistiche in Centri non convenzionati: Franchigia 50 euro per singola fattura. Limite 2.000 euro per anno assicurativo.
Esclusioni: visite odontoiatriche ed ortodontiche, visite correlate a gravidanza e parto (naturale o cesareo). La copertura non opera in assenza di prescrizione medica che indica la patologia o il dubbio diagnostico.		
Esami diagnostici (art.FC.3, pag.46)	Copre le spese per esami diagnostici in caso di malattia o infortunio	- Per esami diagnostici in Centri convenzionati: Franchigia 30 euro per singola fattura. - Per esami diagnostici in Centri non convenzionati: Scoperto 25% con minimo 50 euro per singola fattura. Limite 2.000 euro per anno assicurativo.
Esclusioni: esami odontoiatrici ed ortodontici, esami correlati a gravidanza e parto (naturale o cesareo). La copertura non opera in assenza di prescrizione medica che indica la patologia o il dubbio diagnostico.		
Spese pre e post ricovero (art.FC.4, pag.46)	Prevede il rimborso delle spese, inerenti il ricovero, sostenute dall'Assicurato per esami diagnostici, visite specialistiche, trasporto in autoambulanza, prestazioni mediche, medicinali e fisioterapia	Limite 1.500 euro per anno assicurativo. Per il trasporto in autoambulanza: Limite 300 euro per anno assicurativo.
Esclusioni: spese sostenute dall'Assicurato prima di 120 giorni dalla data di inizio del ricovero e quelle sostenute dopo 120 giorni dalla data di termine del ricovero. Per le cure termali, sono escluse le spese alberghiere. Per il trasporto in autoambulanza, la copertura non opera per il ritorno dall'Istituto di cura. Sono escluse tutte le spese correlate a ricoveri per gravidanza e parto (naturale o cesareo).		
Indennità di degenza, convalescenza e gessatura (art.FC.5, pag.46)	Riconosce un'indennità giornaliera all'Assicurato in caso di: ricovero in Istituto di cura in conseguenza di malattia o infortunio, convalescenza successiva a ricovero, applicazione di gessatura determinata da infortunio	- Degenza: l'importo dell'indennità giornaliera dipende dalla Formula di garanzia ("50" o "100" euro) prescelta dall'Assicurato ed indicata sulla Scheda di polizza. Massimo 180 giorni per anno assicurativo (massimo 30 giorni per ricovero determinato da terapie oncologiche). - Convalescenza: indennità pari al 50% dell'importo assicurato per la degenza. Massimo 100 giorni per anno assicurativo. - Gessatura: l'importo dell'indennità giornaliera dipende dalla Formula di garanzia ("50" o "100" euro) prescelta dall'Assicurato ed indicata sulla Scheda di polizza. Massimo 40 giorni per anno assicurativo (massimo 20 giorni per frattura che non prevede l'applicazione di gessatura ma che richiede l'immobilizzazione a letto).
Esclusioni: ricoveri correlati a gravidanza e parto (naturale o cesareo). Inoltre, la copertura non opera per il giorno di dimissione. In caso di gessatura: sono esclusi i collari (ad esempio di Schanz, Colombari, Philadelphia), busti ortopedici, fasce elastiche, bendaggi alla colla di zinco o "molliti", altri mezzi di semplice sostegno o contenimento o immobilizzazione che hanno caratteristiche simili a quelli indicati. Per la frattura delle costole, la copertura non opera se la costola fratturata è soltanto una. Per le fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose trattate mediante immobilizzazione con tutori ortopedici esterni, fissatori esterni o stecche digitali, la copertura non opera se tali fratture, lesioni o rotture non sono clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie, TAC, RM, ecografie o artroscopie. Inoltre, la copertura non opera se l'applicazione di tali mezzi non è stata prescritta da un Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero.		
Ricovero del coniuge non assicurato (art.FC.5.1, pag.47)	Riconosce un'indennità giornaliera di degenza al coniuge non assicurato in caso di ricovero contestuale, determinato dallo stesso evento, dell'Assicurato e del coniuge non assicurato, causato da malattia od infortunio	Indennità di importo pari a quella dell'Assicurato. Franchigia 9 giorni: l'indennità viene pagata se il coniuge non assicurato è ricoverato per almeno 10 giorni consecutivi. Massimo 30 giorni per anno assicurativo
Esclusioni: la copertura non opera per le garanzie: Indennità di convalescenza, Indennità di gessatura, Maggiorazione dell'Indennità di degenza in caso di Infortunio che determini una Invalidità Permanente grave, Indennità di degenza per donatore, Indennità per spese di vitto e alloggio per accompagnatore.		
Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio con invalidità permanente grave (art.FC.5.2, pag.47)	Riconosce una maggiorazione sugli importi assicurati per Indennità di degenza in caso di ricovero causato da infortunio che determina un'invalidità permanente superiore al 66%	Maggiorazione 100% sugli importi assicurati per Indennità di degenza, massimo 100 giorni per anno assicurativo
Esclusioni: la maggiorazione non viene applicata sull'indennità di convalescenza e su quella di gessatura.		
Indennità di degenza per donatore (art.FC.5.3, pag.47)	Riconosce un'indennità giornaliera di degenza all'Assicurato, donatore vivente, in caso di trapianto di midollo osseo, organi o parti di essi	Vale quanto indicato per l'indennità di degenza in "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura"
Indennità per spese di vitto e alloggio per accompagnatore (art.FC.5.4, pag.47)	Prevede il rimborso delle spese per vitto e pernottamento di un accompagnatore, presso l'Istituto di cura, in caso di ricovero dell'Assicurato	Limite 50 euro al giorno, massimo 30 giorni per ricovero

SEZIONE FORMULA COMFORT

 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 euro. Per i contratti sottoscritti mediante tecnica di comunicazione a distanza, la quota parte percepita in media dall'intermediario è invece pari a 183,54 euro.	
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 di Sara Assicurazioni www.sara.it . Sara Assicurazione dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
OPPURE	oppure
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	- al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n.98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Sara Assicurazioni.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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. Arbitrato: le eventuali controversie sull'ammontare del danno possono essere demandate ad un collegio di tre Periti, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.
 REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Per le garanzie di Formula Comfort, l'imposta sulle assicurazioni dovuta sul Premio imponibile è pari al 2,50%.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di Sara Assicurazioni al seguente link https://www.sara.it/oblio-oncologico
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a Sara Assicurazioni o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le Imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Sara Assicurazioni ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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

SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E MALATTIE ONCOLOGICHE

Assicurazione Salute

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

Impresa: Sara Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: SaraCheckUp

Sezione: Grandi Interventi Chirurgici e Malattie Oncologiche

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 30/07/2026 ultima versione disponibile



Scopo

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 S.p.A., 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 A.C.I. 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 2025

- Patrimonio netto: euro **849.253.099,55**
- Capitale sociale: euro **54.675.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **794.578.099,55**

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 **296.116.792**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **133.252.556**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **1.128.263.405,96**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **381,0%** (tale indice rappresenta il rapporto tra Fondi Propri ammissibili ed il Requisito Patrimoniale di Solvibilità).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente. Il dettaglio delle coperture è disponibile all'interno delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni.

Grandi Interventi Chirurgici e Malattie Oncologiche: riconosce un indennizzo all'Assicurato per le spese di cui all'art.GI.2 della sezione GI (pag.50 delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni).

OPZIONI CON RIDUZIONE DI PREMIO: Franchigia nei Centri convenzionati (art.GI.6, pag.51).

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?

Esclusioni valide per tutte le coperture sotto riportate:

- 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, prima della stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone, alle garanzie introdotte a nuovo e per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- aborto volontario non terapeutico;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, o ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Assicurato;
- suicidio e tentato suicidio;
- infortuni che derivano dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti;
- terapie della fecondità assistita di qualsiasi tipo e terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- prestazioni aventi finalità estetiche;
- cure dimagranti e dietetiche, liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- cure omeopatiche, fitoterapiche e la medicina alternativa in genere;
- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- cure dentarie o delle parodontopatie e 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 per effettuare atti elementari della vita quotidiana e i ricoveri di lunga degenza;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, e di radiazioni provocate artificialmente dalle accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E MALATTIE ONCOLOGICHE

Evento / Copertura	Descrizione	Scoperti, Franchigie e Limiti di indennizzo
Grandi Interventi Chirurgici e Malattie Oncologiche (art.Gl.1, pag.50)	Copre le spese di cura sostenute a seguito di grande intervento chirurgico in regime di ricovero e di ricoveri resi necessari da malattia oncologica	Vale quanto indicato, di seguito, a ciascuna copertura
Intervento chirurgico e ricovero (art.Gl.2, pag.50)	Copre le spese per i diritti di sala operatoria, materiali di intervento, onorari, apparecchi ed endoprotesi applicati nell'intervento, assistenza, cure, medicinali, esami, rette di degenza, in caso di ricovero/intervento dovuti a malattia o infortunio	Per interventi/ricoveri in Istituti non convenzionati: Scoperto 10% con minimo 1.500 euro e massimo 5.000 euro. Per interventi/ricoveri in Istituti convenzionati con medici non convenzionati: per onorari equipe medica Scoperto 10%, massimo 5.000 euro.
Spese pre e post ricovero e intervento chirurgico (art.Gl.2, pag.50)	Prevede il rimborso delle spese, inerenti l'intervento chirurgico o il ricovero, sostenute dall'Assicurato per esami diagnostici, visite specialistiche, trasporto in autoambulanza, prestazioni mediche, trattamenti	Per il trasporto in autoambulanza: Limite 300 euro per anno assicurativo (limite 6.000 euro per il trasporto in elambulanza)
Esclusioni: spese sostenute dall'Assicurato prima di 150 giorni dall'intervento chirurgico o dalla data di inizio del ricovero e quelle sostenute dopo 150 giorni dall'intervento stesso o dalla data di termine del ricovero stessa. Per le cure termali, sono escluse le spese alberghiere. Per il trasporto in autoambulanza o elambulanza, la copertura non opera per il ritorno dall'Istituto di cura.		
Spese per chirurgia plastica e stomatologica ricostruttiva (art.Gl.2, pag.50)	Copre le spese per chirurgia plastica e stomatologica ricostruttiva rese necessarie da infortunio o da malattie oncologiche indennizzabili	Valgono Scoperti, Franchigie e Limiti indicati per "Intervento chirurgico e ricovero" e "Spese pre e post ricovero e intervento chirurgico"
Malattia oncologica (art.Gl.2, pag.50)	Prevede il rimborso delle spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici che hanno confermato la malattia oncologica, per visite specialistiche e terapie che agiscono sull'organismo per attaccare le cellule tumorali, per l'assistenza infermieristica a domicilio in caso di ricovero	Per l'assistenza infermieristica a domicilio in caso di ricovero: Limite 6.000 euro per anno assicurativo. In tutti gli altri casi: Limite 15.000 euro per persona ed anno assicurativo
Esclusioni: per le visite specialistiche e le terapie che agiscono sull'organismo per attaccare le cellule tumorali, sono escluse le spese sostenute dopo 2 anni dalla data di fine del primo ricovero relativo alla malattia oncologica stessa. Per l'assistenza infermieristica a domicilio in caso di ricovero, sono escluse le spese sostenute dopo 60 giorni dalla data di dimissione. Per il ticket relativo ai farmaci ad uso antitumorale, la copertura non opera se questi farmaci non sono prescrittibili dal Servizio Sanitario Nazionale.		
Spese per accompagnatore (art.Gl.3.1, pag.50)	Copre le spese per rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore in caso di ricovero dell'Assicurato per malattia o infortunio	Limite 50 euro al giorno, massimo 30 giorni per ogni ricovero
Spese di trapianto (art.Gl.3.2, pag.51)	Prevede il rimborso delle spese per prelievo, ricovero, accertamenti, assistenza, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali, rette di degenza e spese per il trasporto degli organi o parte di essi, in caso di trapianto degli stessi effettuato sull'Assicurato donatore vivente	Limite 5.000 euro per anno assicurativo
Indennità di degenza sostitutiva (art.Gl.3.3, pag.51)	Riconosce all'Assicurato un'indennità giornaliera in caso di ricovero per malattia o infortunio	Indennità 100 euro per ogni giorno di ricovero, massimo 180 giorni per anno assicurativo
Esclusioni: non viene riconosciuta indennità per il giorno di dimissione.		
Spese di trasporto per terapie oncologiche (art.Gl.3.4, pag.51)	Prevede il rimborso delle spese di trasporto sostenute dall'Assicurato per raggiungere la Struttura sanitaria al di fuori della propria provincia e distante più di 50 km dal domicilio, per sottoporsi a terapie oncologiche	Limite 300 euro per sinistro ed anno assicurativo
Esclusioni: a) spese di trasporto per spostamenti non effettivamente avvenuti; b) spese di trasporto che costituiscono oggetto, a vario titolo, di rimborso da parte di altre Aziende.		
Opzioni franchigia nei Centri convenzionati (art.Gl.6, pag.51)	Copre le spese dovute al Centro Convenzionato, con applicazione di una franchigia	Franchigia 1.000 euro
 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 euro. Per i contratti sottoscritti mediante tecnica di comunicazione a distanza, la quota parte percepita in media dall'intermediario è invece pari a 183,54 euro.		

SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E MALATTIE ONCOLOGICHE

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 di Sara Assicurazioni www.sara.it . Sara Assicurazione dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .

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

Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
OPPURE	oppure
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	- al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n.98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Sara Assicurazioni.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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. Arbitrato: le eventuali controversie sull'ammontare del danno possono essere demandate ad un collegio di tre Periti, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.



REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Per le garanzie di Grandi Interventi Chirurgici e Malattie Oncologiche, l'imposta sulle assicurazioni dovuta sul Premio imponibile è pari al 2,50%.
---	---

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di Sara Assicurazioni al seguente link https://www.sara.it/oblio-oncologico
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a Sara Assicurazioni o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le Imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Sara Assicurazioni ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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

SEZIONE INDENNITA' DI DEGENZA CONVALESCENZA E GESSATURA

Assicurazione Salute

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

Impresa: Sara Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: SaraCheckUp

Sezione: Indennità di Degenza, Convallescenza e Gessatura

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 30/07/2026 ultima versione disponibile



Scopo

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 S.p.A., 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 A.C.I. 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 2025

- Patrimonio netto: euro **849.253.099,55**
- Capitale sociale: euro **54.675.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **794.578.099,55**

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 **296.116.792**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **133.252.556**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **1.128.263.405,96**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **381,0%** (tale indice rappresenta il rapporto tra Fondi Propri ammissibili ed il Requisito Patrimoniale di Solvibilità).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente. Il dettaglio delle coperture è disponibile all'interno delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni.

Indennità di Degenza, Convallescenza e Gessatura: copre ogni giorno di ricovero e di convallescenza in conseguenza di infortunio, malattia o parto subiti dall'Assicurato, ed anche in caso di gessatura, corrispondendo un'indennità giornaliera di cui all'art.DC.2 della sezione DC (pag.55 delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni).

OPZIONI CON RIDUZIONE DI 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?

Esclusioni valide per tutte le coperture sotto riportate:

- 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, prima della stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone, alle garanzie introdotte a nuovo e per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- aborto volontario non terapeutico;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, o ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Assicurato;
- suicidio e tentato suicidio;
- infortuni che derivano dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti;
- terapie della fecondità assistita di qualsiasi tipo e terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- prestazioni aventi finalità estetiche;
- cure dimagranti e dietetiche, liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- cure omeopatiche, fitoterapiche e la medicina alternativa in genere;
- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- cure dentarie o delle parodontopatie e 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 per effettuare atti elementari della vita quotidiana e i ricoveri di lunga degenza;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, e di radiazioni provocate artificialmente dalle accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

SEZIONE INDENNITA' DI DEGENZA CONVALESCENZA E GESSATURA

Evento / Copertura	Descrizione	Scoperti, Franchigie e Limiti di indennizzo
Indennità di degenza (art.DC.2.1, pag.55)	Riconosce un'indennità giornaliera di degenza all'Assicurato in caso di ricovero in Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto	L'importo dell'indennità giornaliera dipende dalla Formula di garanzia ("25", "50" o "100" euro) prescelta dall'Assicurato ed indicata sulla Scheda di polizza. Massimo 180 giorni per anno assicurativo (massimo 30 giorni per ricovero determinato da terapie oncologiche).
Esclusioni: la copertura non opera per il giorno di dimissione.		
Indennità di convalescenza (art.DC.2.2, pag.55)	Riconosce un'indennità giornaliera all'Assicurato per la convalescenza successiva a ricovero	Indennità 50% dell'importo assicurato per la degenza, massimo 100 giorni per anno assicurativo
Indennità di gessatura (art.DC.2.3, pag.55)	Riconosce un'indennità giornaliera all'Assicurato in caso di applicazione di gessatura determinata da infortunio	L'importo dell'indennità giornaliera dipende dalla Formula di garanzia ("25", "50" o "100" euro) prescelta dall'Assicurato ed indicata sulla Scheda di polizza. Massimo 40 giorni per anno assicurativo (massimo 20 giorni per frattura che non prevede l'applicazione di gessatura ma che richiede l'immobilizzazione a letto).
Esclusioni: collari (ad esempio di Schanz, Colombari, Philadelphia), busti ortopedici, fasce elastiche, bendaggi alla colla di zinco o "moli", altri mezzi di semplice sostegno o contenimento o immobilizzazione che hanno caratteristiche simili a quelli indicati. Per la frattura delle costole, la copertura non opera se la costola fratturata è soltanto una. Per le fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose trattate mediante immobilizzazione con tutori ortopedici esterni, fissatori esterni o stecche digitali, la copertura non opera se tali fratture, lesioni o rotture non sono clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie, TAC, RM, ecografie o artroscopie. Inoltre, la copertura non opera se l'applicazione di tali mezzi non è stata prescritta da un Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero o, in caso di ricovero o di Day Hospital, nel corso della degenza da sanitari dell'Istituto di cura.		
Day Hospital (art.DC.3.1, pag.55)	Riconosce un'indennità giornaliera di degenza all'Assicurato in caso di day hospital	Indennità 50% dell'importo assicurato per la degenza. Massimo 180 giorni per anno assicurativo
Esclusioni: la copertura non prevede l'indennità di convalescenza.		
Ricovero del coniuge non assicurato (art.DC.3.2, pag.55)	Riconosce un'indennità giornaliera di degenza al coniuge non assicurato in caso di ricovero contestuale, determinato dallo stesso evento, dell'Assicurato e del coniuge non assicurato, causato da malattia od infortunio	Indennità di importo pari a quella dell'Assicurato. Franchigia 9 giorni: l'indennità viene pagata se il coniuge non assicurato è ricoverato per almeno 10 giorni consecutivi. Massimo 30 giorni per anno assicurativo
Esclusioni: la copertura non opera per le garanzie: "Indennità di convalescenza", "Indennità di gessatura", "Day hospital", "Maggiorazione dell'Indennità di degenza in caso di Infortunio che determini una Invalidità Permanente grave", "Indennità di degenza per donatore", "Indennità per accompagnatore".		
Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio con invalidità permanente grave (art.DC.3.3, pag.56)	Riconosce una maggiorazione sugli importi assicurati per Indennità di degenza in caso di ricovero causato da infortunio che determina un'invalidità permanente superiore al 66%	Maggiorazione 100% sugli importi assicurati per Indennità di degenza, massimo 100 giorni per anno assicurativo
Esclusioni: la maggiorazione non viene applicata sull'indennità di convalescenza e su quella di gessatura.		
Indennità di degenza per donatore (art.DC.3.4, pag.56)	Riconosce un'indennità giornaliera di degenza all'Assicurato, donatore vivente, in caso di trapianto di midollo osseo, organi o parti di essi	Valgono Franchigie e Limiti indicati per "Indennità di degenza"
Indennità per spese di vitto e alloggio per accompagnatore (art.DC.3.5, pag.56)	Prevede il rimborso delle spese per vitto e pernottamento di un accompagnatore, presso l'Istituto di cura, in caso di ricovero dell'Assicurato	Limite 50 euro al giorno, massimo 30 giorni per ricovero
 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 euro. Per i contratti sottoscritti mediante tecnica di comunicazione a distanza, la quota parte percepita in media dall'intermediario è invece pari a 183,54 euro.		
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 di Sara Assicurazioni www.sara.it . Sara Assicurazione dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.	
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .	
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:		
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile	
OPPURE	oppure	
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	- al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.	

SEZIONE INDENNITA' DI DEGENZA CONVALESCENZA E GESSATURA

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n.98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Sara Assicurazioni.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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. Arbitrato: le eventuali controversie sull'ammontare del danno possono essere demandate ad un collegio di tre Periti, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.
 REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Per le garanzie di Indennità di Degenza, Convalescenza e Gessatura, l'imposta sulle assicurazioni dovuta sul Premio imponibile è pari al 2,50%.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di Sara Assicurazioni al seguente link https://www.sara.it/oblio-oncologico
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a Sara Assicurazioni o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le Imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Sara Assicurazioni ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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

SEZIONE ASSISTENZA PERSONA - GARANZIE PRINCIPALI

Assicurazione Salute

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

Impresa: Sara Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: SaraCheckUp

Sezione: Assistenza Persona - Garanzie principali

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 30/07/2026 ultima versione disponibile



Scopo

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 S.p.A., 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 A.C.I. 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 2025

- Patrimonio netto: euro **849.253.099,55**
- Capitale sociale: euro **54.675.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **794.578.099,55**

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 **296.116.792**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **133.252.556**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **1.128.263.405,96**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **381,0%** (tale indice rappresenta il rapporto tra Fondi Propri ammissibili ed il Requisito Patrimoniale di Solvibilità).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente. Il dettaglio delle coperture è disponibile all'interno delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni.

Assistenza Persona: copre le prestazioni di cui all'art.AS.2 della sezione AS (pag.58 delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni).

OPZIONI CON RIDUZIONE DI 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?

Esclusioni valide per tutte le coperture sotto riportate:

- 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, prima della stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone, alle garanzie introdotte a nuovo e per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- aborto volontario non terapeutico;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, o ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Assicurato;
- suicidio e tentato suicidio;
- infortuni che derivano dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti;
- terapie della fecondità assistita di qualsiasi tipo e terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- prestazioni aventi finalità estetiche;
- cure dimagranti e dietetiche, liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- cure omeopatiche, fitoterapiche e la medicina alternativa in genere;
- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- cure dentarie o delle parodontopatie e 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 per effettuare atti elementari della vita quotidiana e i ricoveri di lunga degenza;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, e di radiazioni provocate artificialmente dalle accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

L'assicurazione non vale se l'Assicurato non contatta la Struttura Organizzativa di Assistenza al verificarsi del sinistro.

SEZIONE ASSISTENZA PERSONA - GARANZIE PRINCIPALI

Evento / Copertura	Descrizione	Scoperti, Franchigie e Limiti di indennizzo
Assistenza Persona (art.AS.1, pag.58)	Copre le prestazioni di assistenza di seguito descritte	Vale quanto indicato, di seguito, a ciascuna garanzia
Prelievo campioni a domicilio (art.AS.2, pag.58)	Copre le spese per organizzazione del prelievo a domicilio, consegna al centro analisi ed invio degli esiti a domicilio, nel caso in cui l'Assicurato non può muoversi dal proprio domicilio, per motivi di salute, ed ha necessità di eseguire esami clinici	Massimo 3 eventi per anno assicurativo
Esclusioni: la copertura non opera per il costo degli esami clinici. Questo costo è a carico dell'Assicurato.		
Invio medicinali od articoli sanitari al domicilio (art.AS.2, pag.58)	Prevede la consegna di medicine o articoli sanitari prescritti dal medico curante al domicilio dell'Assicurato che, a causa di infortunio o malattia non può allontanarsi dal proprio domicilio per motivi di salute	Massimo 3 eventi per anno assicurativo
Esclusioni: la copertura non opera per il costo dei farmaci e degli articoli sanitari. Questo costo è a carico dell'Assicurato.		
Assistenza pediatrica per il figlio assicurato (art.AS.2, pag.58)	Prevede l'invio di un pediatra in ore notturne o al sabato o nei giorni festivi per il figlio assicurato, nel caso in cui l'Assicurato, a causa di infortunio o malattia, ne ha bisogno al proprio domicilio	Nessun limite salvo la somma assicurata
Assistenza cardiologica al domicilio (art.AS.2, pag.58)	Prevede l'invio di un cardiologo in ore notturne o al sabato o nei giorni festivi, nel caso in cui l'Assicurato, a causa di infortunio o malattia, ne ha bisogno al proprio domicilio	Nessun limite salvo la somma assicurata
Trasporto in ambulanza (art.AS.2, pag.58)	Copre le spese per l'invio di un'autoambulanza se l'Assicurato necessita di tale trasporto dopo il ricovero di primo soccorso per malattia/infortunio	Limite 500 euro per anno assicurativo
Autista per riportare il veicolo dell'Assicurato alla città di residenza (art.AS.2, pag.58)	Copre le spese per l'invio di un autista per ricondurre il veicolo dell'Assicurato fino alla sua città di residenza, se l'Assicurato è ricoverato per malattia o infortunio avvenuto mentre è in viaggio in Europa e che gli impedisce di guidare	Nessun limite salvo la somma assicurata
Esclusioni: spese di pedaggio per autostrade, traghetti, ecc. e spese per il carburante.		
Informazioni cliniche sul paziente (art.AS.2, pag.59)	Prevede un collegamento continuo tra i medici della Struttura Organizzativa di Assistenza e i medici che hanno in cura l'Assicurato che, a seguito di infortunio o malattia avvenuti in viaggio, è ricoverato in Istituto di cura sul posto	Nessun limite salvo la somma assicurata
Trasmissione messaggi urgenti (art.AS.2, pag.59)	Prevede, tramite la Struttura Organizzativa di Assistenza, l'invio dei messaggi urgenti da parte dell'Assicurato a persone residenti in Italia, in caso di necessità e impossibilità a farli pervenire	Nessun limite salvo la somma assicurata
Trasferimento in centri specializzati (art.AS.2, pag.59)	Copre le spese di organizzazione, trasporto ed onorari di medici/infermieri, per l'Assicurato che si trova in Italia e che, a seguito di malattia o infortunio, viene ricoverato in Centri specializzati situati al di fuori della propria regione di residenza	Limite 5.000 euro per anno assicurativo
Esclusioni: terapie riabilitative e malattie infettive se il trasporto implica violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.		
Rimpatrio sanitario (art.AS.2, pag.59)	Copre le spese per il trasporto dell'Assicurato che, a causa di malattia o infortunio, si trova all'estero in condizioni tali da richiedere il trasporto in un ospedale in Italia od al suo domicilio	Limite 5.000 euro per anno assicurativo
Esclusioni: a) infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa sono curabili sul posto e che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio; b) malattie infettive se il trasporto comporta violazione di norme sanitarie nazionali od internazionali.		
Viaggio di un familiare per raggiungere l'Assicurato ricoverato (art.AS.2, pag.59)	Fornisce un biglietto aereo o ferroviario ad un familiare dell'Assicurato che in viaggio necessita di ricovero in ospedale a causa di infortunio o malattia, per poterlo raggiungere	Limite 1.000 euro per anno assicurativo
Esclusioni: spese di soggiorno del familiare e altre spese al di fuori di quelle indicate. La copertura non opera se il ricovero dell'Assicurato è di durata pari o inferiore a 10 giorni.		
Rimpatrio della salma (art.AS.2, pag.59)	Copre le spese di organizzazione e trasporto in Italia della salma dell'Assicurato deceduto all'estero per infortunio o malattia	Limite 3.000 euro
Esclusioni: spese per il recupero della salma, cerimonia funebre ed inumazione.		
Invio di somme di denaro per spese mediche all'estero (art.AS.2, pag.59)	Prevede l'invio di denaro o il pagamento diretto sul posto per le spese mediche impreviste che l'Assicurato deve sostenere, trovandosi all'estero, per malattia o infortunio e che non può pagare	Nessun limite salvo la somma assicurata
Esclusioni: la copertura non opera se il trasferimento di valuta viola le leggi vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.		
Recapito medicinali all'estero (art.AS.2, pag.59)	Prevede l'invio di medicinali speciali irripetibili sul posto per malattia o infortunio dell'Assicurato che si trova all'estero	Nessun limite salvo la somma assicurata
Esclusioni: a) medicinali non commercializzati in Italia; b) costi di acquisto dei medicinali.		
Interprete all'estero (art.AS.2, pag.59)	Prevede l'invio di un interprete per l'Assicurato ricoverato all'estero per malattia o infortunio e che non conosce la lingua locale	Limite 500 euro per anno assicurativo
Rientro dei figli minori (art.AS.2, pag.59)	Fornisce biglietti aerei o ferroviari e, per i minori di 15 anni, un accompagnatore, per far rientrare i figli minori al proprio domicilio in Italia, che si trovano all'estero con l'Assicurato ricoverato per malattia o infortunio	Limite 1.000 euro per anno assicurativo
Esclusioni: la copertura non opera se a) il ricovero dell'Assicurato è di durata pari o inferiore a 10 giorni; b) il rientro viola le leggi vigenti in Italia o nel paese dei minori.		

SEZIONE ASSISTENZA PERSONA - GARANZIE PRINCIPALI

 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 euro. Per i contratti sottoscritti mediante tecnica di comunicazione a distanza, la quota parte percepita in media dall'intermediario è invece pari a 183,54 euro.	
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 di Sara Assicurazioni www.sara.it . Sara Assicurazione dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
OPPURE	oppure
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	- al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n.98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Sara Assicurazioni.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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. Arbitrato: le eventuali controversie sull'ammontare del danno possono essere demandate ad un collegio di tre Periti, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.
 REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Per le garanzie di Assistenza Persona, l'imposta sulle assicurazioni dovuta sul Premio imponibile è pari al 10%.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di Sara Assicurazioni al seguente link https://www.sara.it/oblio-oncologico
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a Sara Assicurazioni o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le Imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Sara Assicurazioni ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.
PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.	

SEZIONE ASSISTENZA PERSONA - GARANZIE AGGIUNTIVE

Assicurazione Salute

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

Impresa: Sara Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: SaraCheckUp

Sezione: Assistenza Persona - Garanzie aggiuntive

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 30/07/2026 ultima versione disponibile



Scopo

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 S.p.A., 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 A.C.I. 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 2025

- Patrimonio netto: euro **849.253.099,55**
- Capitale sociale: euro **54.675.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **794.578.099,55**

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 **296.116.792**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **133.252.556**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **1.128.263.405,96**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **381,0%** (tale indice rappresenta il rapporto tra Fondi Propri ammissibili ed il Requisito Patrimoniale di Solvibilità).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente. Il dettaglio delle coperture è disponibile all'interno delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni.

Assistenza Persona: copre le prestazioni di cui all'art.AS.3 della sezione AS (pag.60 delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni).

OPZIONI CON RIDUZIONE DI 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?

Esclusioni valide per tutte le coperture sotto riportate:

- 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, prima della stipulazione della relativa appendice, o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone, alle garanzie introdotte a nuovo e per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso);
- aborto volontario non terapeutico;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, o ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, all'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Assicurato;
- suicidio e tentato suicidio;
- infortuni che derivano dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti;
- terapie della fecondità assistita di qualsiasi tipo e terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- prestazioni aventi finalità estetiche;
- cure dimagranti e dietetiche, liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- cure omeopatiche, fitoterapiche e la medicina alternativa in genere;
- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- cure dentarie o delle parodontopatie e 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 per effettuare atti elementari della vita quotidiana e i ricoveri di lunga degenza;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, e di radiazioni provocate artificialmente dalle accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

L'assicurazione non vale se l'Assicurato non contatta la Struttura Organizzativa di Assistenza al verificarsi del sinistro.

SEZIONE ASSISTENZA PERSONA - GARANZIE AGGIUNTIVE

Evento / Copertura	Descrizione	Scoperti, Franchigie e Limiti di indennizzo
Pacchetto Single: Baby-sitter per minori di anni 15 o badante per persone anziane (art.AS.3, pag.60)	Prevede il rimborso delle spese per baby sitter o badante se l'Assicurato, convivente solo con minori di 15 anni o con familiare anziano non autosufficiente, si deve ricoverare per malattia o infortunio	Limite 500 euro per anno assicurativo
Pacchetto Single: Pensione per animali domestici (art.AS.3, pag.60)	Prevede il rimborso delle spese per la pensione degli animali domestici durante il ricovero per malattia o infortunio dell'Assicurato che vive da solo o convive solo con minori di 15 anni o con familiare anziano non autosufficiente	Limite 25 euro al giorno, massimo 60 giorni per anno assicurativo
Pacchetto Single: Assistenza domiciliare (art.AS.3, pag.60)	Fornisce un ausiliare socio-assistenziale per l'Assicurato degente presso il proprio domicilio in Italia per malattia o infortunio, che non può svolgere le funzioni essenziali e che vive da solo o convive solo con minori di 15 anni o con familiare anziano non autosufficiente	Massimo 3 eventi per anno assicurativo, fino a 15 giorni complessivi
Pacchetto Single: Invio infermiere a domicilio (art.AS.3, pag.60)	Prevede l'invio di un infermiere a domicilio per l'Assicurato degente presso il proprio domicilio in Italia per malattia o infortunio, che necessita di prestazioni infermieristiche e che vive da solo o convive solo con minori di 15 anni o con familiare anziano non autosufficiente	Massimo 3 eventi per anno assicurativo, fino a 15 giorni complessivi
Pacchetto Single: Assistenza notturna in Istituto di cura (art.AS.3, pag.60)	Prevede l'invio di personale socio-assistenziale presso l'Istituto di cura in Italia dove è ricoverato l'Assicurato che necessita di assistenza notturna e che vive da solo o convive solo con minori di 15 anni o con familiare anziano non autosufficiente	Massimo 3 eventi per anno assicurativo, fino a 15 giorni complessivi
Pacchetto Single: Spesa a domicilio e pagamento bollette in scadenza (art.AS.3, pag.60)	Prevede l'invio della spesa a domicilio e il pagamento delle bollette in scadenza per l'Assicurato degente presso il proprio domicilio in Italia per malattia o infortunio invalidanti, che vive da solo o convive solo con minori di 15 anni o con familiare anziano non autosufficiente	Massimo 3 eventi per anno assicurativo, fino a 15 giorni complessivi
Esclusioni: costi delle merci e delle utenze.		
Pacchetto Plus: Informazioni utili per partorienti (art.AS.3, pag.60)	Fornisce telefonicamente informazioni mediche e paramediche, relative all'allattamento / maternità o pratiche amministrative e nidi, supporto psicologico	Massimo 3 eventi per anno assicurativo
Esclusioni: la copertura non opera se la gravidanza è iniziata al di fuori del periodo di validità della polizza. Inoltre, non opera in giornate/orari diversi da quelle che vanno dal lunedì al venerdì e dalle ore 9 alle ore 18. Sono esclusi dalla copertura i festivi infrasettimanali.		
Pacchetto Plus: Informazioni sulla banca delle cellule staminali del cordone ombelicale (art.AS.3, pag.60)	Fornisce telefonicamente informazioni relative a strutture che offrono servizi di donazione eterologa e crioconservazione privata delle cellule staminali del cordone ombelicale	Nessun limite salvo la somma assicurata
Esclusioni: la copertura non opera se la gravidanza è iniziata al di fuori del periodo di validità della polizza e non opera oltre 60 giorni prima della data presunta del parto. Inoltre, non opera in giornate/orari diversi da quelle che vanno dal lunedì al venerdì e dalle ore 9 alle ore 18. Sono esclusi dalla copertura i festivi infrasettimanali.		
Pacchetto Plus: Organizzazione, trasferimento e soggiorno in caso di ricovero del figlio neonato (art.AS.3, pag.60)	Prevede l'organizzazione del trasferimento e del pernottamento di un genitore assicurato se il neonato ha gravi problemi di salute che non possono essere curati nella provincia di residenza dell'Assicurato e necessita di un trasferimento	Limite 2.500 euro per anno assicurativo
Esclusioni: la copertura non opera se il neonato è nato al di fuori del periodo di validità della polizza e se ha età pari o superiore a 1 anno. Inoltre, non opera al di fuori dell'Italia e non opera in giornate/orari diversi da quelle che vanno dal lunedì al venerdì e dalle ore 9 alle ore 18. Sono esclusi dalla copertura i festivi infrasettimanali.		
Pacchetto Plus: Accompagnamento a scuola (art.AS.3, pag.61)	Fornisce un servizio taxi o rimborsa le relative spese per accompagnare a scuola i figli, di età inferiore a 12 anni, dell'Assicurato ricoverato per infortunio, malattia o parto, che non può accompagnarli	Limite 200 euro per sinistro, massimo 3 eventi per anno assicurativo
Esclusioni: la copertura non opera se l'Assicurato è ricoverato per 1 o 2 giorni consecutivi e se è presente un altro genitore che può occuparsi dei figli. Inoltre, non opera al di fuori dell'Italia e se non vi è stato preavviso di almeno 2 giorni rispetto al momento di reale fruizione.		
Pacchetto Plus: Accompagnamento attività extrascolastiche (art.AS.3, pag.61)	Fornisce un servizio taxi o rimborsa le relative spese per accompagnare alle attività extrascolastiche i figli, di età inferiore a 12 anni, dell'Assicurato ricoverato per infortunio, malattia o parto, che non può accompagnarli	Limite 200 euro per sinistro, massimo 3 eventi per anno assicurativo
Esclusioni: valgono le esclusioni indicate per "Pacchetto Plus: Accompagnamento a scuola".		
Pacchetto Plus: Segnalazione insegnante on-line (art.AS.3, pag.61)	Fornisce un insegnante online o rimborsa le relative spese per i figli minori dell'Assicurato ricoverato per infortunio, malattia o parto, che non può seguirli nelle attività scolastiche	Per rimborso spese: Limite 100 euro per sinistro. Massimo 3 eventi per anno assicurativo
Esclusioni: costi dell'insegnante. La copertura non opera al di fuori dell'Italia e non opera in giornate/orari diversi da quelle che vanno dal lunedì al venerdì e dalle ore 9 alle ore 18. Sono esclusi dalla copertura i festivi infrasettimanali. Inoltre, la copertura non opera se non vi è stato preavviso di almeno 2 giorni e se è presente un altro genitore che può occuparsi dei figli.		
Pacchetto Plus: Custodia cane o gatto di proprietà (art.AS.3, pag.61)	Copre le spese per la custodia in una struttura idonea del cane o gatto di proprietà dell'Assicurato ricoverato per infortunio, malattia o parto, che non può affidarli a terzi	Limite 300 euro per sinistro. Massimo 3 eventi per anno assicurativo
Esclusioni: la copertura non opera se l'Assicurato è ricoverato per 1 o 2 giorni consecutivi, se la proprietà dell'animale non è accertata mediante idonea documentazione e se è presente un altro familiare convivente che può provvedere alla custodia. Inoltre, la copertura non opera al di fuori dell'Italia e se non vi è stato preavviso di almeno 2 giorni.		

SEZIONE ASSISTENZA PERSONA - GARANZIE AGGIUNTIVE

Pacchetto Plus: Custodia del veicolo a seguito di ricovero (art.AS.3, pag.61)		Prevede il traino e la custodia del veicolo presso un deposito vicino all'abitazione dell'Assicurato ricoverato per infortunio, malattia o parto, per la durata della degenza	Massimo 3 eventi per anno assicurativo
Esclusioni: costi di traino e custodia. La copertura non opera se è presente un altro familiare convivente che può provvedere alla custodia. Inoltre, non opera al di fuori dell'Italia, non opera senza delega dell'Assicurato e se non è presente sul posto persona incaricata dall'Assicurato per la consegna delle chiavi e pagamento delle spese di traino.			
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 euro. Per i contratti sottoscritti mediante tecnica di comunicazione a distanza, la quota parte percepita in media dall'intermediario è invece pari a 183,54 euro.			
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 di Sara Assicurazioni www.sara.it . Sara Assicurazione dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.		
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .		
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:			
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile		
OPPURE	oppure		
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	- al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.		
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n.98).		
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Sara Assicurazioni.		
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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. Arbitrato: le eventuali controversie sull'ammontare del danno possono essere demandate ad un collegio di tre Periti, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.		
REGIME FISCALE			
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Per le garanzie di Assistenza Persona, l'imposta sulle assicurazioni dovuta sul Premio imponibile è pari al 10%.		
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?			
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di Sara Assicurazioni al seguente link https://www.sara.it/oblio-oncologico		
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a Sara Assicurazioni o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.		
Effetti dell'oblio oncologico per le Imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Sara Assicurazioni ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.		
PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.			

SEZIONE TUTELA LEGALE PERSONA

Assicurazione Salute

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

Impresa: Sara Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: SaraCheckUp

Sezione: Tutela Legale Persona

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 30/07/2026 ultima versione disponibile



Scopo

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 S.p.A., 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 A.C.I. 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 2025

- Patrimonio netto: euro **849.253.099,55**
- Capitale sociale: euro **54.675.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **794.578.099,55**

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 **296.116.792**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **133.252.556**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **1.128.263.405,96**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **381,0%** (tale indice rappresenta il rapporto tra Fondi Propri ammissibili ed il Requisito Patrimoniale di Solvibilità).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente. Il dettaglio delle coperture è disponibile all'interno delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni.

Tutela Legale Persona: copre le spese stragiudiziali e giudiziali di cui all'art.TL.1 della sezione TL (pag.65 delle Condizioni di Assicurazione pubblicate sul sito di Sara Assicurazioni).

OPZIONI CON RIDUZIONE DI 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?

Esclusioni:

- pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- spese per controversie derivanti da fatti dolosi dell'Assicurato;
- spese per controversie in materia penale, amministrativa, fiscale e tributaria;
- spese per controversie di natura contrattuale nei confronti di Sara Assicurazioni;
- spese di domiciliazione.

L'assicurazione non vale per i sinistri denunciati dopo 12 mesi dalla fine dell'assicurazione e non vale per controversie che insorgono e devono essere trattate al di fuori di Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

Evento / Copertura	Descrizione	Scoperti, Franchigie e Limiti di indennizzo
Tutela Legale (art.TL.1, pag.65)	Copre le spese per l'intervento di un legale, spese peritali, spese di soccombenza, spese per l'intervento del Consulente Tecnico, conseguenti a sinistro indennizzabile in base alle Sezioni "Interventi chirurgici e ricoveri", "Tutela Mamma e Bimbo", "Altre garanzie aggiuntive", "Alta Diagnostica e cure fisioterapiche", "Visite specialistiche ed esami diagnostici" o "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche"	Limite 20.000 euro per sinistro, massimo 2 casi insorti per anno assicurativo.



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 euro. Per i contratti sottoscritti mediante tecnica di comunicazione a distanza, la quota parte percepita in media dall'intermediario è invece pari a 183,54 euro.

SEZIONE TUTELA LEGALE PERSONA

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 di Sara Assicurazioni www.sara.it . Sara Assicurazione dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
OPPURE	oppure
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	- al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n.98).
Negoziante assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Sara Assicurazioni.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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. Arbitrato: le eventuali controversie sull'ammontare del danno possono essere demandate ad un collegio di tre Periti, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.
 REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Per le garanzie di Tutela Legale Persona, l'imposta sulle assicurazioni dovuta sul Premio imponibile è pari al 21,25%
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di Sara Assicurazioni al seguente link https://www.sara.it/oblio-oncologico
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a Sara Assicurazioni o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le Imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Sara Assicurazioni ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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

Contratto di assicurazione per la tutela della salute

SaraCheckUp

Condizioni di Assicurazione
Modello: CA50IM Edizione: 07/2026

Contratto redatto secondo le Linee guida di Ania "Contratti chiari e comprensibili" del 23/07/2024

Legenda delle sigle di Sezione utilizzate

All'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione ciascuna Sezione è individuata da una sigla, come di seguito riportato:

NC: Norme comuni a tutte le Sezioni

NCA: Norme comuni alle Sezioni:

- IR - Interventi Chirurgici e ricoveri
- MB - Tutela Mamma e Bimbo
- GA - Altre garanzie aggiuntive
- AD - Alta diagnostica e cure fisioterapiche
- VE - Visite specialistiche ed esami diagnostici
- FC - Formula Comfort
- GI - Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche

SA: Condizioni riservate ai Soci A.C.I.;

- IR: Sezione Interventi chirurgici e ricoveri;
- MB: Sezione Tutela Mamma e Bimbo;
- GA: Sezione Altre garanzie aggiuntive;
- AD: Sezione Alta Diagnostica;
- VE: Sezione Visite specialistiche ed esami diagnostici;
- FC: Sezione Formula Comfort;
- GI: Sezione Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche;
- DC: Sezione Indennità di degenza, convalescenza e gessatura;
- AS: Sezione Assistenza Persona;
- TL: Sezione Tutela Legale Persona;

SXMA: Norme che regolano la liquidazione dei sinistri per le Sezioni "Interventi chirurgici, ricoveri", "Tutela Mamma e Bimbo", "Altre garanzie aggiuntive", "Alta Diagnostica", "Visite specialistiche ed esami diagnostici", "Formula Comfort" e "Grandi Interventi chirurgici e Malattia oncologiche";

SXDC: Norme che regolano la liquidazione dei sinistri per le Sezioni "Formula Comfort" e "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura";

SXAS: Norme che regolano la liquidazione dei sinistri per la Sezione "Assistenza Persona";

SXTL: Norme che regolano la liquidazione dei sinistri per la Sezione "Tutela Legale Persona".

ALL-GI.1: Allegato riportante l'Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici (vedasi Sezione GI - Grandi interventi chirurgici e Malattie oncologiche);

ALL-GA.1: Allegato riportante la Tabella per la valutazione del grado di invalidità permanente da infortunio (vedasi Sezione - Altre garanzie aggiuntive)

Al momento della sottoscrizione del contratto, il Contraente riceverà le relative Condizioni di Assicurazione costituite dalle sole Sezioni acquistate e rese operanti.

INDICE

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI ASSISTENZA	7
LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA SALUTE	7
PRESTAZIONI CONNESSE A GARANZIE SALUTE	8
CONSIGLI MEDICI TELEFONICI	8
VIDEOCONSULTO CON MEDICO GENERICO	8
VIDEOCONSULTO CON MEDICO SPECIALISTA	8
CONSEGNA FARMACI	8
ASSISTENZA PSICOLOGICA	9
TELEASSISTENZA	10
GLOSSARIO	11
CHECK UP	13
STRUTTURA DEL PRODOTTO	14
NC - NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI	15
Premessa	15
NC.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Aggravamento o diminuzione del rischio	15
NC.2 - Altre assicurazioni	15
NC.3 - Aggravamento del rischio	15
NC.4 - Diminuzione del rischio	15
NC.5 - Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione	15
NC.6 - Proroga dell'assicurazione	18
NC.7 - Termini di aspettativa	18
NC.8 - Ripensamento dopo la stipulazione – Diritto di recesso anticipato	18
NC.9 - Recesso in caso di sinistro	18
NC.10 - Persone non assicurabili	18
NC.11 - Esclusioni	18
NC.12 - Anticipo dell'indennizzo	19
NC.13 – Mediazione Obbligatoria	19
NC.14 - Modifiche dell'assicurazione	19
NC.15 - Rinuncia al diritto di rivalsa	19
NC.16 - Oneri fiscali	19
NC.17 - Rinvio alle norme di legge	19
NC.18 – Indicizzazione	19
NC.19 - Limiti territoriali	20
NCA - NORME COMUNI ALLE SEZIONI:	21
IR - INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI	21
MB - TUTELA MAMMA E BIMBO	21
GA - ALTRE GARANZIE AGGIUNTIVE	21
AD - ALTA DIAGNOSTICA E CURE FISIOTERAPICHE	21
VE - VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI	21
FC - FORMULA COMFORT	21
GI - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E MALATTIE ONCOLOGICHE	21
NCA.1 - Somma assicurata	21
NCA.2 - Opzioni di copertura	21
NCA.3 - Bambini assicurati fino a dieci anni di età non compiuti	22
SA – CONDIZIONI RISERVATE AI SOCI ACI	23
IR – SEZIONE INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI	24
Che cosa posso assicurare	24
IR.1 - Oggetto dell'assicurazione	24
Contro quali danni posso assicurarmi	24
IR.2 - Interventi Chirurgici e Ricoveri	24
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	25
IR.3 - Esclusioni	25
IR.4 - Sottolimiti, scoperti e franchigie	25
IR.5 - Opzioni franchigia nei Centri convenzionati	26
IR.6 - Infortuni all'estero	27
Scheda riepilogativa	28
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	29
MB – SEZIONE TUTELA MAMMA E BIMBO	30
Che cosa posso assicurare	30
MB.1 - Oggetto dell'assicurazione	30
Contro quali danni posso assicurarmi	30
MB.2 – Parto naturale o cesareo	30
MB.3 – Cure per il bambino (valida solo per Opzione Individuale)	30
MB.4 – Malattie Rare del bambino	30
MB.4.1 Indennizzo forfettario “una tantum” per Malattie rare del bambino	30
MB.4.2 - Garanzie aggiuntive per Malattie rare del bambino	31
MB.4.2.1 - Operatività e limiti delle prestazioni Assistenza della garanzia “Malattie Rare”	31
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	32
MB.5 - Esclusioni	32
MB.6 - Sottolimiti, scoperti e franchigie	32
MB.7 - Opzioni franchigia nei Centri convenzionati	33
Scheda riepilogativa	35
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	36
GA - SEZIONE ALTRE GARANZIE AGGIUNTIVE	37
Che cosa posso assicurare	37

GA.1 – Oggetto dell'assicurazione	37
Contro quali danni posso assicurarmi	37
GA.2 – Altre garanzie aggiuntive	37
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	38
GA.3 – Esclusioni e limitazioni	38
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	39
AD - ALTA DIAGNOSTICA E CURE FISIOTERAPICHE	40
Che cosa posso assicurare	40
AD.1 - Oggetto dell'assicurazione	40
Contro quali danni posso assicurarmi	40
AD.2 - Esami di Alta Diagnostica e cure fisioterapiche	40
AD.2.1 - Esami di Alta Diagnostica	40
AD.2.2 - Cure fisioterapiche	40
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	41
AD.3 – Esclusioni	41
AD.4 - Sottolimiti, scoperti e franchigie	41
Scheda riepilogativa	41
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	42
VE – SEZIONE VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI	43
Che cosa posso assicurare	43
VE.1 - Oggetto dell'assicurazione	43
Contro quali danni posso assicurarmi	43
VE.2 – Visite specialistiche ed esami diagnostici	43
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	43
VE.3 – Esclusioni	43
VE.4 - Sottolimiti, scoperti e franchigie	43
Scheda riepilogativa	44
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	45
FC - FORMULA COMFORT	46
Che cosa posso assicurare	46
FC.1 - Oggetto dell'assicurazione	46
Contro quali danni posso assicurarmi	46
FC.2 - Visite specialistiche	46
FC.3 - Esami diagnostici	46
FC.4 - Spese pre e post ricovero	46
FC.5 - Indennità di degenza, convalescenza e gessatura	46
FC.5.1 - Ricovero del coniuge non assicurato	47
FC.5.2 - Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio con invalidità permanente grave	47
FC.5.3 - Indennità di degenza per donatore	47
FC.5.4 - Indennità per spese di vitto e alloggio per accompagnatore	47
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	48
FC.6 - Esclusioni	48
FC.7 - Sottolimiti, scoperti e franchigie	48
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	49
GI - SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E MALATTIE ONCOLOGICHE	50
Che cosa posso assicurare	50
GI.1 - Oggetto dell'assicurazione	50
Contro quali danni posso assicurarmi	50
GI.2 - Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche (Garanzia Base)	50
GI.3 - Garanzie Aggiuntive sempre operanti	50
GI.3.1 - Spese per accompagnatore	50
GI.3.2 - Spese di trapianto	51
GI.3.3 - Indennità di degenza sostitutiva	51
GI.3.4 - Spese di trasporto per terapie oncologiche	51
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	51
GI.4 - Esclusioni	51
GI.5 - Sottolimiti, scoperti e franchigie	51
GI.6 - Opzioni franchigia nei Centri convenzionati	51
GI.7 - Infortuni all'estero	52
Scheda riepilogativa	53
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	54
DC - SEZIONE INDENNITA' DI DEGENZA, CONVALESCENZA E GESSATURA	55
Che cosa posso assicurare	55
DC.1 – Oggetto dell'assicurazione	55
Contro quali danni posso assicurarmi	55
DC.2 - Indennità di degenza, convalescenza e gessatura	55
DC.2.1 - Indennità di degenza	55
DC.2.2 - Indennità di convalescenza	55
DC.2.3 - Indennità di gessatura	55
DC.3 - Altre garanzie sempre operanti	55
DC.3.1 - Day Hospital	55
DC.3.2 - Ricovero del coniuge non assicurato	55
DC.3.3 - Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio con invalidità permanente grave	56
DC.3.4 - Indennità di degenza per donatore	56
DC.3.5 - Indennità per spese di vitto e alloggio per accompagnatore	56
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	56
DC.4 - Esclusioni	56

DC.5 - Formule e somme assicurate	56
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	57
AS - SEZIONE ASSISTENZA PERSONA	58
Che cosa posso assicurare	58
AS.1 - Cosa si assicura	58
Contro quali danni posso assicurarmi	58
AS.2 - Formula Classic	58
AS.3 - Opzioni aggiuntive	60
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	62
AS.4 - Esclusioni	62
AS.5 - Operatività della garanzia	62
AS.6 - Limiti territoriali	62
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	63
TL - SEZIONE TUTELA LEGALE PERSONA	65
Che cosa posso assicurare	65
TL.1 - Oggetto dell'Assicurazione	65
Contro quali danni posso assicurarmi	65
TL.2 - Garanzia prestata	65
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	65
TL.3 - Esclusioni	65
TL.4 - Insorgenza del caso assicurativo	65
TL.5 - Validità territoriale	65
TL.6 - Controversie e pluralità di Assicurati	65
TL.7 - Limiti di copertura	65
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	66
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	67
SXMA - Sezioni "Interventi chirurgici e ricoveri", "Tutela Mamma e Bimbo", "Altre garanzie aggiuntive", "Alta Diagnostica e cure fisioterapiche", "Visite specialistiche ed esami diagnostici", "Formula Comfort" e "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche"	67
Norme che regolano la liquidazione dei sinistri	67
SXMA.1 - Struttura Organizzativa Salute	67
SXMA.2 - Denuncia di sinistro e obblighi dell'Assicurato	67
SXMA.3 - Criteri di liquidazione	67
SXMA.4 - Controversie - Arbitrato irrituale	68
SXMA.5 - Tempi di liquidazione dell'indennizzo	68
SXDC - Sezioni "Formula Comfort" e "Indennità di Degenza Convalescenza e Gessatura"	69
Norme che regolano la liquidazione dei sinistri	69
SXDC.1 - Struttura Organizzativa Salute	69
SXDC.2 - Denuncia di sinistro ed obblighi dell'Assicurato	69
SXDC.3 - Criteri di liquidazione delle Indennità di degenza, convalescenza, gessatura	69
SXDC.4 - Controversie - Arbitrato irrituale	70
SXDC.5 - Tempi di liquidazione dell'indennizzo	70
SXAS - Sezione Assistenza Persona	70
Norme che regolano la liquidazione dei sinistri	70
SXAS.1 - Struttura Organizzativa Assistenza	70
SXAS.2 - Obblighi in caso di sinistro	70
SXTL - Sezione Tutela Legale Persona	71
Norme che regolano la liquidazione dei sinistri	71
SXTL.1 - Denuncia e Gestione del sinistro - Scelta del legale	71
SXTL.2 - Divergenza di valutazioni sul sinistro - Arbitrato	71
Allegato ALL-GI.1	72
Allegato ALL-GA.1	76

**Pagina lasciata
intenzionalmente in bianco**

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI ASSISTENZA

Sara Assicurazioni provvede, per il tramite della **Struttura Organizzativa di Assistenza di Aci Global Servizi Spa** - con sede sociale in via Stanislao Cannizzaro n. 83/a Roma e sede secondaria in via Montalbino 3/5 Milano – a erogare le prestazioni di Assistenza previste nell'apposita Sezione "Assistenza", nonché le prestazioni "Trasferimento in centri specializzati" e "Interprete all'estero" di cui alla garanzia "Malattie Rare per bambini fino a due anni di età" prevista nella Sezione MB - "Tutela Mamma e Bimbo".

Per ottenere una prestazione l'Assicurato dovrà prendere contatto con la Struttura Organizzativa 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 STRUTTURA ORGANIZZATIVA SALUTE

Attraverso lo stesso numero verde della Struttura Organizzativa di Assistenza suindicato (800.095.095), si accede anche alla Struttura Organizzativa Salute. Per chi chiama dall'Estero invece, il numero da utilizzare è il seguente: 011/7425692.

La Struttura Organizzativa Salute ha il compito di attivare tutte le garanzie malattia della polizza SaraCheckUp (tutte le garanzie delle Sezioni "Interventi chirurgici e ricoveri", "Tutela Mamma e Bimbo" - con l'eccezione delle prestazioni "Trasferimento in centri specializzati" e "Interprete all'estero" di cui alla garanzia "Malattie Rare per bambini fino a due anni di età" - , "Altre Garanzie Aggiuntive", "Alta Diagnostica e cure fisioterapiche", "Visite specialistiche ed esami diagnostici", "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche", "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura"); riceve e gestisce tutte le denunce di sinistro, provvede a gestire i sinistri e a fornire la "presa in carico" delle prestazioni presso Centri e Specialisti convenzionati, per le quali **l'Assicurato deve necessariamente rivolgersi alla Struttura Organizzativa Salute.**

Ogni comunicazione scritta ed eventuale documentazione andranno consegnate in Agenzia o alla Sede legale di Sara Assicurazioni.

PRESTAZIONI CONNESSE A GARANZIE SALUTE

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 Struttura Organizzativa 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.

VIDEOCONSULTO CON MEDICO GENERICO

La prestazione è fornita 24 ore su 24. Se l'assicurato ha bisogno di un consulto medico per una valutazione del proprio stato di salute, può contattare la Struttura Organizzativa di Blue Assistance per organizzare l'accesso a sessioni di videoconferenza di consulto medico generico online. Dopo il riconoscimento dell'Assicurato, la Struttura chiede un indirizzo di posta elettronica valido per l'invio del link del video consulto. Se il medico di centrale risulta occupato, la Struttura indica all'Assicurato le tempistiche entro cui sarà effettuato il video consulto. **Se per problemi di copertura o per preferenza dell'Assicurato, il consulto non può essere fatto in videoconferenza, sarà effettuato un consulto telefonico.**

VIDEOCONSULTO CON MEDICO SPECIALISTA

Se l'Assicurato ha bisogno di un videoconsulto con medico specialista, può contattare la Struttura Organizzativa di Blue Assistance che, raccolte le disponibilità dell'Assicurato, organizza l'appuntamento con il medico. Il video consulto è effettuato tramite il link, inviato dalla Struttura all'indirizzo e-mail fornito dall'Assicurato in fase di riconoscimento, che gli permette di accedere all'appuntamento con il medico specialista. **Il servizio è disponibile dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00; i medici specialisti disponibili sono: allergologo, cardiologo, dermatologo, diabetologo, geriatra, ginecologo, pediatra, nutrizionista, ortopedico, ostetrica, pneumologo, psicologo, veterinario.** **Se per problemi di copertura o per preferenza dell'Assicurato, il consulto non può essere fatto in videoconferenza, sarà effettuato un consulto telefonico.**

CONSEGNA FARMACI

L'Assicurato potrà usufruire gratuitamente di un servizio di consegna farmaci a domicilio.

Il servizio è fornito da "Pharmap", servizio di consegna farmaci a domicilio che consente di ricevere qualsiasi prodotto della farmacia a domicilio in orari predefiniti tra fornitore e assicurato.

Il servizio può essere utilizzato attraverso sito web www.pharmap.it e App "PHARMAP- Consegna Farmaci"

Come funziona:

1. Ricerca del farmaco per nome o per categoria
2. Inserimento dell'indirizzo dove ricevere la consegna
3. Scelta della Farmacia del network più vicina
4. Esecuzione del pagamento inserendo i codici sconto
5. Ricevimento dell'ordine nella fascia oraria più comoda per te (**consegna "Slot"**)

Per l'Assicurato saranno disponibili, **per ciascuna annualità assicurativa, 2 consegne gratuite**, dette "SLOT".

I codici sconto da inserire al momento del pagamento tramite App o sito Pharmap saranno disponibili all'interno dell'Area Privata del cliente sul sito www.sara.it.

Il servizio prevede la consegna di farmaci nelle fasce orarie di apertura della farmacie, **esclusa la domenica ed in alcune aree anche il sabato**. Per i soli farmaci soggetti a ricetta elettronica, l'utente può inserire l'NRE in piattaforma Pharmap*; in alternativa l'utente potrà indicare, nel caso che il proprio medico possa fornire il servizio, che la ricetta è disponibile presso la farmacia selezionata.

Conformemente alla normativa vigente, la Farmacia emetterà nei confronti dell'Assicurato, che abbia fornito in fase di richiesta il proprio codice fiscale, lo scontrino fiscale al fine di consentire il beneficio delle detrazioni previste in caso di acquisto di determinati medicinali e dispositivi medici.

Modalità di pagamento: il pagamento può essere effettuato dall'Assicurato mediante:

- carta di credito/debito o carta prepagata;
- denaro contante da consegnare al fattorino al momento della consegna del Prodotto

Maggiori informazioni sono disponibili sul sito web di PHARMAP o sulla App PHARMAP.

Il servizio è limitato alle sole aree coperte consultabili sul sito www.pharmap.it di cui si raccomanda la lettura del REGOLAMENTO.

***In caso di ritiro preventivo della ricetta presso l'indirizzo dell'utente o il medico curante il costo del ritiro è di 2 euro ed è a carico dell'Assicurato; in merito consultare Regolamento PHARMAP.**

ASSISTENZA PSICOLOGICA

Nella tua polizza SaraCheckUp **sono comprese una seduta conoscitiva ed una terapeutica** che potrai svolgere, quando lo riterrai utile, **durante l'intera vita della polizza**. Con la prima seduta conoscerai il professionista selezionato per te, mentre nella seconda avverrà il primo intervento di supporto terapeutico, entrambe le sedute sono gratuite e si svolgeranno nella comodità e riservatezza di casa tua o di qualsiasi altro luogo sceglierai. Dopo aver scaricato nella tua Home insurance il codice sconti dedicato, registrati e scopri come fare per trovare il tuo professionista "Unobravo".

Per Usufruire delle sedute comprese nella tua polizza SaraCheckUp, dovrai:

- Accedere all'App SaraConMe e scaricare il Codice Sconto dedicato nella sezione PROMO della tua Home Insurance
- Accedere a questo Link al sito: <https://www.unobravo.com/> o scaricando l'App Unobravo - Psicologia Online
- Compilare il questionario che, una volta compilato, ti permetterà di essere associato al terapeuta più adatto alle tue esigenze
- Cliccare su "Chat" per concordare in tempo reale un primo colloquio conoscitivo con il tuo Unobravo
- Dopo aver effettuato il primo incontro conoscitivo, potrai svolgere la seconda seduta gratuita. In fase di prenotazione del secondo appuntamento, inserisci il Codice Sconto che hai trovato nella sezione dedicata dell'App SaraConMe, conferma con OK e prosegui con il pagamento. In questo caso, non sarà addebitato nessun importo
- Se lo desideri, dopo aver concluso i 2 incontri potrai vedere il tuo Unobravo a un costo di 45 euro a sessione.

TELEASSISTENZA

(prestazione valida solo per la Formula "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche")

Gli Assicurati, che abbiano subito un ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia o infortunio **e che abbia comportato un intervento chirurgico rientrante esclusivamente nell'apposito elenco di cui all'Allegato ALL-GI.1**, potranno richiedere l'attivazione delle prestazioni di teleassistenza, ovvero dei servizi di "teleconsulto" e di "telemonitoraggio" mediante la comunicazione audiovisiva con un medico attraverso l'utilizzo di apposito kit per il rilevamento dei seguenti parametri:

- pressione arteriosa
- frequenza cardiaca
- saturazione di ossigeno
- glicemia

Le prestazioni di teleassistenza consentono agli Assicurati di fruire delle seguenti prestazioni:

- consulto medico telefonico o in video conferenza con i medici della Struttura Organizzativa Salute;
- misurazione parametri medici;
- telemonitoraggio - servizio alerts parametri medici.

L'Assicurato che intenda usufruire del servizio di Teleassistenza, **dovrà mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa Salute, almeno 48 prima delle dimissioni, chiamando esclusivamente il numero verde 800.095.095** attivo tutti i giorni 24 ore su 24, per chiedere l'attivazione delle prestazioni e l'invio dell'apposito kit di misurazione, costituito da un Tablet IOS con pre-istallata l'apposita applicazione DOC24 (qualora l'Assicurato non disponga di uno smartphone o di un tablet compatibile con l'applicazione DOC24).

La Struttura Organizzativa Salute, dopo aver verificato la sussistenza dei requisiti per l'accesso alla prestazione ed alla raccolta dei dati necessari all'erogazione della stessa, provvederà a far recapitare, presso il domicilio indicato dall'Assicurato, l'apposito kit di misurazione.

Tale kit verrà concesso all'Assicurato - ad uso personale del medesimo - in "comodato d'uso", **per una durata massima pari a dieci mesi, a decorrere dal giorno della sua consegna. Al termine del periodo di comodato, l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa Salute ed attivarsi per la restituzione del kit di misurazione.**

La presente prestazione non può essere erogata se l'Assicurato si trova all'estero, con l'eccezione di Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

GLOSSARIO

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

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

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

Cancro: è un tumore maligno, diagnosticato come tale da esame istopatologico, caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfomi (Hodgkin e non Hodgkin), leucemie, mielomi, sarcomi.

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

Centro convenzionato/medico specialista convenzionato: istituto di diagnosi e/o cura - medico specialista, convenzionato con Sara Assicurazioni, 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 da Sara Assicurazioni. Sul sito Internet di Sara Assicurazioni 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 di Sara Assicurazioni www.sara.it e/o informazioni in merito potranno essere richieste alla Struttura Organizzativa Salute. Per informazioni sui medici specialisti convenzionati è necessario chiamare la Struttura Organizzativa Salute.

Codice del Consumo: il decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, come successivamente modificato e integrato.

Coniuge: persona fisica legata all'Assicurato da un vincolo matrimoniale o di unione civile; è equiparato al coniuge il convivente more uxorio.

Contraente: il soggetto, persona fisica o persona giuridica, che stipula il contratto.

Europa: Italia e tutti i paesi europei sino ai confini dei Monti Urali.

Fisioterapia: atto sanitario terapeutico e riabilitativo che può compiere solo la persona fisica in possesso del titolo abilitante (Laurea in Fisioterapia) e iscritta all'albo FNOFI.

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.

Garanzia Base: garanzia o Sezione che può essere acquistata singolarmente e che può, da sola o in combinazione con altre garanzie/Sezioni, consentire l'accesso alle altre coperture "Opzionali".

Garanzia Opzionale: garanzia il cui acquisto è facoltativo e che può essere acquistata solo in presenza di una o più Garanzie/Sezione Base.

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

Grande intervento chirurgico: l'intervento rientrante esclusivamente nell'apposito Elenco dei Grandi interventi chirurgici allegato alle presenti Condizioni di polizza.

Indennizzo – Indennità: la somma dovuta da Sara Assicurazioni in caso di sinistro.

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

Intervento chirurgico: intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici, 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, all'erogazione di prestazioni sanitarie e 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.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. In particolare per Malattia oncologica (o patologia oncologica): vedasi definizione di "Cancro".

Malattia rara: una fra le patologie di cui al DM 18/05/2001 n° 279 e successive modifiche.

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

Nucleo familiare: nucleo familiare così come risultante dallo stato di famiglia al momento della stipula del contratto e composto esclusivamente dai genitori e dai relativi figli. Ai fini della definizione di nucleo familiare, non si tiene conto delle persone non considerate assicurabili ai sensi dell'articolo NC.10 - "Persone non assicurabili".

Pagamento diretto: il pagamento che Sara Assicurazioni, 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 Struttura Organizzativa Salute.

Pandemia (o di natura pandemica): una patologia ha natura pandemica quando è improvvisa e invasiva, quindi con tendenza a diffondersi rapidamente e con violenza, in vaste aree geografiche su scala planetaria, coinvolgendo di conseguenza gran parte della popolazione mondiale nella malattia stessa o nel semplice rischio di contrarla, con capacità di trasmissione da uomo a uomo, derivante da un agente patogeno verso cui non è presente immunità specifica; una sindrome influenzale è di natura pandemica se causata da un agente patogeno infettivo che causa malattie respiratorie per il quale non è presente immunizzazione, la cui diffusione è rapida e invasiva e interessa molti paesi o continenti e/o gran parte della popolazione mondiale (ad es. COVID 19).

Perfezionamento (del contratto): accettazione e conferma del contratto da parte dell'Assicurato, mediante apposizione di firma, sia essa autografa o elettronica.

Polizza: vedasi "Scheda di polizza".

Premio: la somma dovuta dal Contraente a Sara Assicurazioni.

Presa in carico: documento che la Struttura Organizzativa Salute, su richiesta dell'Assicurato e dopo valutazione dell'operatività della garanzia richiesta, invia ai Centri convenzionati, con il quale Sara Assicurazioni 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, senza intervento chirurgico;

Day surgery: modalità clinico-organizzativa per effettuare interventi chirurgici in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia generale, loco-regionale o locale.

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro.

Scheda di polizza (o Polizza): il documento che comprova l'assicurazione, stampato, sottoscritto e vincolante per le Parti in cui sono individuati: cosa si assicura, le garanzie, le somme assicurate, i massimali, il premio e gli altri elementi contrattuali.

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.

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

Struttura Organizzativa Assistenza: Sara Assicurazioni provvede, per il tramite della Struttura Organizzativa di Aci Global Servizi Spa – con sede sociale in Roma, Via Stanislao Cannizzaro n. 83/a e sede secondaria in Milano, Via Montalbino 3/5 - a erogare le prestazioni di Assistenza previste alla relativa Sezione.

Si rende noto che, con detta struttura organizzativa, Sara Assicurazioni ha rapporti di gruppo, rapporti di affari propri o di società del Gruppo. A tal riguardo Sara Assicurazioni ha elaborato, attuato e mantiene efficaci presidi organizzativi e 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.

Struttura Organizzativa Salute: Struttura Organizzativa Salute di Blue Assistance SpA, con sede in Via San Dalmazzo n° 20, 10122 Torino, **cui presentare la richiesta di indennizzo o di presa in carico per indennizzo tramite pagamento diretto (vedi definizioni) ai Centri convenzionati.**

La Struttura Organizzativa osserva il seguente orario: lunedì - venerdì ore 08.00 - ore 18.00. Numero telefonico: 800.095.095, e 011.74.25.69, riservato per chi chiama dall'Estero.

La Struttura Organizzativa 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 alla Sede legale di Sara Assicurazioni.

Si rende noto che, con detta struttura organizzativa, Sara Assicurazioni ha rapporti di gruppo, rapporti di affari propri o di società del Gruppo. A tal riguardo Sara Assicurazioni ha elaborato, attuato e mantiene efficaci presidi organizzativi e 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 Struttura Organizzativa incaricata della gestione degli indennizzi, Sara Assicurazioni provvederà a darne tempestivo avviso agli assicurati comunicando anche i riferimenti della nuova Struttura Organizzativa (verranno garantite le stesse fasce orarie del servizio), fermo restando la gestione degli indennizzi in corso.

Supporto durevole: qualsiasi strumento che permetta al Contraente di memorizzare le informazioni a lui personalmente dirette, in modo che possano essere agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate le informazioni stesse e che consenta la riproduzione immutata delle informazioni memorizzate.

Tecnica di comunicazione a distanza: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'intermediario e del Contraente, possa impiegarsi per la stipula del contratto.

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

CHECK UP

L'Assicurato, **ogni due anni**, ha diritto ad effettuare gratuitamente un check-up di prevenzione presso un Centro convenzionato. Sul sito Internet di Sara Assicurazioni www.sara.it è disponibile l'elenco dei "Centri convenzionati". L'Assicurato può comunque contattare la Struttura Organizzativa Salute per avere informazioni sui Centri convenzionati. Il check-up comprende i seguenti esami differenziati in base al sesso e all'età:

DONNE FINO A 40 ANNI	UOMINI FINO A 40 ANNI
Elettrocardiogramma a riposo Esame completo delle urine PAP Test Visita ginecologica Esami del sangue, quali: - Ca15.3 - Test per epatite HCV - Emocromo completo - Colesterolemia - HDL - Trigliceridemia - Glicemia - VES - Gamma glutamil transpeptidasi (Gamma GT) - Azotemia - Uricemia	Elettrocardiogramma a riposo RX del torace Esame completo delle urine Esami del sangue, quali: - Test per epatite - HCV - Emocromo completo - Colesterolemia - HDL - Trigliceridemia - Glicemia - VES - Gamma glutamil transpeptidasi (Gamma GT) - Azotemia - Uricemia - Antigene prostatico specifico (PSA)
DONNE > 40 ANNI	UOMINI > 40 ANNI
In aggiunta a quanto sopra: - Mammografia bilaterale - Densitometria total body compresa eventuale morfometria (MOC)	In aggiunta a quanto sopra: - Ecografia prostatica - Uroflussimetria
NEONATI (fino a sei mesi)	BAMBINI FINO A 12 ANNI
Ecografia delle anche	Visita oculistica/ortottica I seguenti esami: - Emocromo completo - Emogruppo e fattore RH - Conteggio reticolociti - Glicemia - Creatininemia - Sideremia - Bilirubinemia - TAS - PCR - VES - Esame completo delle urine

Per effettuare gli esami l'Assicurato deve rivolgersi alla Struttura Organizzativa Salute.

Nella richiesta l'Assicurato deve indicare:

- **nome e cognome;**
- **numero di Polizza;**
- **recapito telefonico per i successivi contatti.**

La Struttura Organizzativa Salute, in accordo con l'Assicurato, provvede ad effettuare la presa in carico delle prestazioni presso il Centro convenzionato prescelto dall'Assicurato.

Sara Assicurazioni pagherà direttamente al Centro convenzionato le spese relative agli esami effettuati.

Se non è presente nessun Centro convenzionato facilmente raggiungibile dalla propria zona di residenza e **consultata preventivamente e obbligatoriamente la Struttura Organizzativa Salute per il necessario benessere**, l'Assicurato potrà effettuare gli esami previsti nel Check-Up presso altro centro diagnostico o di cura concordato.

In questo caso Sara Assicurazioni rimborsa le spese sostenute entro i limiti di seguito indicati:

- **donne under 40: 300 euro**
- **donne over 40: 500 euro**
- **uomini under 40: 200 euro**
- **uomini over 40: 300 euro**
- **bambini fino a 12 anni: 150 euro**
- **neonati (fino a 6 mesi): 70 euro**

I limiti sopra indicati devono intendersi come somme complessivamente disponibili per ciascun check-up biennale.

Per richiedere il rimborso degli esami sostenuti, **l'Assicurato deve inviare le fatture di spesa in originale direttamente a Sara Assicurazione o all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la Polizza.**

STRUTTURA DEL PRODOTTO

Il prodotto SaraCheckUp prevede **4 Formule di garanzia** fra loro alternative:

- **Ultra**
- **Smart**
- **Comfort**
- **Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche**

Le Formule "Ultra" e "Smart" comprendono, con limiti e condizioni differenziate in base alla scelta effettuata, le Sezioni:

- Interventi chirurgici e ricoveri;
- Tutela Mamma e Bimbo;
- Altre garanzie aggiuntive;
- Alta diagnostica e cure fisioterapiche.

La Formula "Ultra" include, oltre a quelle sopra indicate, anche la Sezione:

- Visite specialistiche ed esami diagnostici.

La Formula "Comfort" comprende, con limiti e condizioni previsti dalla relativa Sezione, esclusivamente le seguenti garanzie:

- Visite specialistiche
- Esami diagnostici
- Spese pre e post ricovero
- Indennità di degenza, convalescenza e gessatura

La Formula "Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche" comprende la Sezione:

Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche.

Sono inoltre previste **2 Opzioni di copertura**:

- **Individuale**
- **Nucleo**

Se il contratto è stipulato con Opzione "Individuale" ogni assicurato potrà scegliere una delle 4 formule previste.

Se il contratto è stipulato con Opzione "Nucleo" (vedasi articolo NCA.2), la scelta della formula sarà unica per l'intero nucleo e valida per tutti gli Assicurati.

La garanzia **Assistenza alla Persona "Formula Classic"** presente all'interno della sezione "Assistenza Persona" è obbligatoria per tutti gli assicurati. Sono poi previste due Opzioni integrative selezionabili in maniera facoltativa:

- **Pacchetto Single**
- **Pacchetto Plus**

La copertura assicurativa può essere ulteriormente personalizzata e integrata con le seguenti Sezioni:

- Indennità di degenza, convalescenza e gessatura (già presente nella Formula Comfort)
- Tutela Legale Persona

NC - NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Premessa

Il presente contratto può essere stipulato dal Contraente mediante una delle seguenti modalità:

- 1) tramite un intermediario autorizzato da Sara Assicurazioni a concludere il contratto in presenza;
- 2) tramite Sara Assicurazioni, che agisce in qualità di distributore;
- 3) tramite intermediari autorizzati da Sara Assicurazioni nell'ambito di un sistema di vendita a distanza.

Nei casi 2) e 3) il Contraente:

- è informato di accedere all'utilizzo di un sistema di vendita organizzato da Sara Assicurazioni direttamente o per il tramite della propria rete distributiva che, per tale contratto, impiega anche una o più tecniche di comunicazione a distanza fino alla stipula del contratto stesso;
- può scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa, come di volta in volta vigente, tramite e-mail all'indirizzo in precedenza indicato dal Contraente.

La preferenza può essere modificata in qualsiasi momento scrivendo all'indirizzo assistentzaclienti@sara.it oppure accedendo all'area personale del sito www.sara.it. Tale scelta può essere modificata in qualsiasi momento, senza oneri, inviando una e-mail all'indirizzo: assistentzaclienti@sara.it. Il contraente è informato che eventuali aggiornamenti/variazioni dell'indirizzo e-mail andranno comunicati tempestivamente a Sara Assicurazioni all'indirizzo e-mail sopra indicato.

Nella Scheda di polizza sono evidenziati gli eventuali consensi ai trattamenti commerciali, alla profilazione e al trasferimento dei dati a terzi in precedenza forniti a Sara Assicurazioni. Si ricorda che i consensi forniti possono essere in qualsiasi momento revocati contattando Sara Assicurazioni, anche per il tramite dell'Agente o il Responsabile della Protezione Dati personali (RPD@sara.it).

NC.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del 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 o la fine della stessa assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del c.c.

Ai fini dell'emissione del contratto è obbligatoria la compilazione del Questionario anamnestico.

La veridicità delle dichiarazioni rese in tale questionario, che forma parte integrante del presente contratto, è considerata essenziale ai fini dell'efficacia contrattuale della presente Polizza. Si richiama pertanto l'attenzione del Contraente sulla necessità di verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario prima di sottoscriverlo.

L'assicurato inoltre può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, **con evidenza del costo a suo carico.**

Possono costituire dichiarazioni che influiscono sulla valutazione del rischio quelle riguardanti:

- precedenti sinistri;
- provincia di residenza;
- lo stato di salute e precedenti sanitari e medici.

NC.2 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve dare avviso scritto a Sara Assicurazioni dell'esistenza e/o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi e garanzie, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. In caso di Sinistro deve essere dato avviso a tutte le Compagnie assicuratrici interessate indicando a ciascuna di esse il nome delle altre.

L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra può comportare la perdita dell'indennizzo.

Limitatamente al caso in cui il contratto è stipulato da una persona fisica, tale obbligo è esteso anche all'Assicurato se soggetto diverso dal Contraente.

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicazione nel caso in cui le altre garanzie derivano da polizze automaticamente contratte con la titolarità di carte di credito, conti correnti bancari ed altri servizi simili.

NC.3 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto a Sara Assicurazioni ogni aggravamento del rischio.

In caso di sinistro la mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento del rischio può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, oppure la fine della stessa assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

NC.4 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, Sara Assicurazioni è tenuta ad adeguare il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato, ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

NC.5 - Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione

Fermo quanto previsto al successivo articolo NC.7 – “Termini di aspettativa”, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento viene effettuato, oppure alle ore 24.00 del giorno di decorrenza, se successivo al pagamento del premio.

Esempio inizio copertura in base alla data di pagamento del premio

Esempio 1

Polizza dal 10/06/2026 al 10/06/2027
Data pagamento del premio: 15/06/2026
La copertura inizia dalle ore 24.00 del 15/06/2026

Esempio 2

Polizza dal 10/06/2026 al 10/06/2027
Data pagamento del premio: 08/06/2026
La copertura inizia dalle ore 24.00 del 10/06/2026

Le date di decorrenza sopra indicate valgono anche per il caso di perfezionamento del contratto mediante tecnica di comunicazione a distanza. In quest'ultimo caso, il Contraente potrà sottoscrivere la Polizza con Firma Elettronica Avanzata (FEA), aderendo a tale servizio secondo le modalità che gli verranno indicate dopo l'acquisto, disponibili anche nel Manuale Operativo FEA pubblicato sul sito www.sara.it.

In alternativa a tale modalità, il Contraente, verificata l'esattezza dei dati riportati in Polizza, dovrà firmarla e restituirla a Sara Assicurazioni tramite e-mail utilizzando l'indirizzo dell'agenzia di riferimento presente nella documentazione di Polizza e indicando nell'oggetto "Restituzione polizza firmata" entro 15 giorni dalla data di perfezionamento del contratto.

Per il contratto stipulato mediante tecnica di comunicazione a distanza, il Premio può essere corrisposto con sistema di acquisto via web mediante l'utilizzo di carte di credito Maestro, Visa, American Express e Mastercard, PayPal e Bonifico Online Mybank. Tali modalità di pagamento sono effettuate in condizioni di sicurezza.

La polizza verrà successivamente inviata al Contraente secondo le modalità di invio della documentazione contrattuale e precontrattuale richieste da quest'ultimo.

I pagamenti elettronici relativi ai premi assicurativi successivi al primo possono anche essere effettuati accedendo all'area riservata presente sul sito www.sara.it, utilizzando le credenziali di accesso in possesso o ricevute al momento della sottoscrizione.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di Sara Assicurazioni al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art.1901 C.C..

Fermo quanto previsto all'articolo NC.18 - "Indicizzazione", il premio è determinato in base alla provincia di residenza dell'Assicurato e alla sua età.

Il premio di tutte le garanzie, ad eccezione di quelle previste nella Sezione "Assistenza alla Persona" e "Tutela Legale Persona", viene adeguato annualmente in funzione dell'aumento dell'età.

Se sulla Scheda di polizza risulta che la copertura è stipulata con "Opzione Nucleo", in presenza di Assicurati di età inferiore a 10 anni vale quanto previsto all'articolo NCA.3 - "Bambini assicurati fino a dieci anni di età non compiuti".

Di seguito sono riportati gli aumenti percentuali applicati, di anno in anno, in base all'evoluzione dell'età anagrafica di ciascun Assicurato:

% INCREMENTO DI PREMIO GARANZIE FORMULE ULTRA, SMART, GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E MALATTIE ONCOLOGICHE							
Anni di età	Incremento di premio rispetto all'età precedente (%)	Anni di età	Incremento di premio rispetto all'età precedente (%)	Anni di età	Incremento di premio rispetto all'età precedente (%)	Anni di età	Incremento di premio rispetto all'età precedente (%)
0	-	20	4,4	40	2,0	60	2,2
1	6,7	21	3,4	41	3,4	61	3,8
2	8,3	22	3,3	42	3,8	62	3,7
3	5,8	23	3,1	43	3,2	63	3,8
4	5,5	24	3,1	44	3,5	64	3,4
5	6,9	25	3,1	45	3,0	65	3,3
6	4,8	26	3,0	46	2,5	66	4,1
7	4,6	27	2,2	47	2,4	67	4,0
8	5,9	28	2,1	48	2,7	68	4,0
9	4,2	29	2,8	49	2,3	69	3,7
10	4,0	30	2,0	50	2,2	70	3,5
11	5,1	31	2,0	51	3,6	71	3,0
12	3,7	32	3,9	52	3,5	72	3,1
13	3,5	33	3,7	53	3,1	73	2,9
14	4,5	34	3,0	54	3,3	74	3,0
15	3,3	35	3,0	55	3,2	75	2,7
16	5,3	36	3,5	56	2,5	76	3,0
17	5,0	37	2,7	57	2,4	77	2,9
18	3,8	38	2,1	58	2,7	78	3,0
19	4,6	39	2,5	59	2,3	79	2,7

% INCREMENTO DI PREMIO GARANZIA INDENNITA' DI DEGENZA, CONVALESCENZA E GESSATURA							
Anni di età	Incremento di premio rispetto all'età precedente (%)	Anni di età	Incremento di premio rispetto all'età precedente (%)	Anni di età	Incremento di premio rispetto all'età precedente (%)	Anni di età	Incremento di premio rispetto all'età precedente (%)
0	-	20	3,5	40	3,0	60	2,6
1	-	21	3,0	41	2,4	61	2,8
2	-	22	2,9	42	2,3	62	2,7
3	-	23	2,8	43	2,3	63	2,6
4	-	24	2,7	44	2,2	64	2,62
5	-	25	2,7	45	2,	65	2,5
6	-	26	3,0	46	3,1	66	3,6
7	-	27	2,9	47	3,0	67	3,5
8	-	28	2,8	48	2,9	68	3,3
9	-	29	2,7	49	2,8	69	3,2
10	-	30	2,7	50	2,7	70	3,1
11	11,0	31	3,1	51	2,9	71	3,0
12	9,9	32	3,0	52	2,8	72	2,9
13	9,0	33	2,9	53	2,8	73	2,8
14	8,3	34	2,8	54	2,7	74	2,7
15	7,6	35	2,7	55	2,6	75	2,7
16	4,1	36	3,4	56	2,8	76	2,6
17	4,0	37	3,3	57	2,8	77	2,5
18	3,8	38	3,2	58	2,7	78	2,4
19	3,7	39	3,1	59	2,6	79	2,4

% INCREMENTO DI PREMIO FORMULA COMFORT							
Anni di età	Incremento di premio rispetto all'età precedente (%)	Anni di età	Incremento di premio rispetto all'età precedente (%)	Anni di età	Incremento di premio rispetto all'età precedente (%)	Anni di età	Incremento di premio rispetto all'età precedente (%)
0	-	20	4,0	40	2,4	60	2,4
1	3,7	21	3,3	41	3,0	61	3,5
2	4,8	22	3,0	42	3,2	62	3,3
3	3,4	23	3,1	43	2,9	63	3,4
4	3,3	24	2,8	44	3,1	64	3,1
5	4,3	25	2,9	45	2,7	65	3,1
6	3,1	26	2,4	46	2,6	66	3,9
7	3,0	27	2,5	47	2,7	67	3,8
8	3,9	28	2,7	48	2,8	68	3,8
9	2,8	29	2,4	49	2,5	69	3,5
10	2,7	30	2,2	50	2,4	70	3,4
11	7,0	31	3,6	51	3,4	71	3,0
12	5,7	32	3,4	52	3,2	72	3,0
13	5,4	33	3,0	53	3,0	73	2,9
14	5,9	34	3,2	54	3,0	74	2,9
15	4,8	35	3,2	56	3,0	75	2,7
16	4,8	36	2,6	56	2,6	76	2,8
17	4,8	37	2,8	57	2,5	77	2,7
18	3,7	38	2,5	58	2,7	78	2,8
19	4,4	39	2,7	59	2,4	79	2,6

NC.6 - Proroga dell'assicurazione

Fermo quanto previsto al precedente articolo NC.5 – “Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione”, in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno, e così successivamente.

NC.7 - Termini di aspettativa

La copertura assicurativa decorre:

- per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione, ai sensi dell'articolo NC.5 - “Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione”;
- per le malattie: dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione; limitatamente alla sola estensione in caso di
- patologie pandemiche la garanzia decorre dal settimo 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 opera - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Nell'eventualità di future variazioni al presente contratto, 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.

Se il contratto ne sostituisce uno precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già assicurate in detta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i termini di aspettativa suindicati decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nel contratto precedente.

NC.8 - Ripensamento dopo la stipulazione – Diritto di recesso anticipato

Qualora il contratto sia stato concluso interamente mediante tecnica di comunicazione a distanza, il Contraente Persona Fisica potrà recedere dal contratto nei 14 (quattordici) giorni successivi alla conclusione del contratto, ricevendo in restituzione il premio pagato e non goduto, al netto dell'imposta e del contributo al SSN ove previsto.

Il Contraente Persona Fisica per esercitare il diritto di ripensamento deve inviare a Sara Assicurazioni, entro il suddetto termine, la comunicazione di ripensamento tramite una delle seguenti modalità:

- invio di una e mail alla casella di posta elettronica certificata saraassicurazioni@sara.telecompost.it, oppure
- invio di raccomandata A/R indirizzata alla sede legale di Sara Assicurazioni (via Po, 20 - 00198 Roma) oppure inviata alla sede della propria agenzia di riferimento il cui indirizzo è reperibile anche sul sito www.sara.it.

La comunicazione di recesso per esercitare il ripensamento dovrà contenere gli elementi identificativi del contratto (contraente e n. di polizza).

Il recesso avrà efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione con le modalità predette.

Per le polizze obbligatorie ai sensi dell'art. 193 del Codice della Strada (RCA), il Contraente Persona Fisica si impegna a distruggere tutti i documenti assicurativi (certificato di assicurazione e certificato internazionale di assicurazione - ex Carta Verde - qualora li abbia ricevuti in formato cartaceo).

L'omessa distruzione dei documenti assicurativi è motivo di rivalsa per il recupero degli importi pagati a terzi per sinistri denunciati dopo la data di esercizio del ripensamento.

Il presente disposto non è applicabile per i contratti sottoscritti dal Contraente Persona Giuridica e per i contratti sottoscritti presso le agenzie Sara Assicurazioni SpA.

Il diritto di recesso dai contratti di assicurazione conclusi a distanza non può essere esercitato se il contraente, entro il termine fissato per il relativo esercizio, richiede all'impresa o all'intermediario assicurativo la liquidazione della prestazione dovuta o se, in caso di polizza obbligatoria, si verifica il sinistro entro il medesimo intervallo di tempo.

NC.9 - Recesso in caso di sinistro

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

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

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

Ai fini dell'applicazione del presente articolo, non sono considerati sinistri:

- gli esami effettuati nell'ambito del check-up biennale;
- le visite specialistiche e gli esami diagnostici;
- le “Prestazioni connesse a garanzia salute”.

La polizza non prevede il recesso per sinistro da parte di Sara Assicurazioni.

NC.10 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, e relative sindromi correlate.

La persona cessa di essere assicurata quando si verificano una o più delle condizioni previste nel precedente capoverso; l'eventuale successivo incasso del premio non costituisce deroga.

Sara Assicurazioni rimborsa la parte di premio, al netto di imposta, relativo al periodo di rischio non corso.

NC.11 - Esclusioni

Le seguenti esclusioni sono valide per tutte le Sezioni ad eccezione della Sezione di Tutela Legale Persona.

L'assicurazione non opera nei casi di:

- 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, alle garanzie introdotte a nuovo e per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso). Costituisce eccezione al presente disposto quanto previsto in materia di “diritto all'oblio oncologico” dalla L. 7 dicembre 2023 n° 193 ed eventuali successive modifiche e/o integrazioni;
- 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, compresi i comportamenti nevrotici e le

loro conseguenze e complicità;

- e) infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, 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 che derivano 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);
- i) terapie della fecondità assistita di qualsiasi tipo e le terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- l) cure e 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, 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 check-up clinici;
- q) 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;
- r) malattie professionali, come definite 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 e 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 o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dalle accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- u) conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

NC.12 - Anticipo dell'indennizzo

Nei casi di sinistro indennizzabile che comporta intervento chirurgico o ricovero (anche in conseguenza di parto) in un Istituto di cura (anche in day hospital) non convenzionato, l'Assicurato ha diritto a ottenere un'anticipazione dell'indennizzo.

In tal caso, **Sara Assicurazioni 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).**

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

Per poter richiedere l'anticipo:

- l'Assicurato deve fornire documentazione medica sufficiente per consentire a Sara Assicurazioni di effettuare i necessari accertamenti sull'indennizzabilità del sinistro stesso;
- l'importo del preventivo formulato dall'Istituto di cura non deve essere inferiore a 1.000 euro.

NC.13 – Mediazione Obbligatoria

Fatte salve le altre procedure di risoluzione delle controversie e di reclami previste dalla Polizza, tutte le controversie collegate a questo contratto per le quali non è stato possibile raggiungere una soluzione amichevole e per le quali si intende promuovere un giudizio, prevedono che venga effettuato un tentativo di Mediazione.

Tale obbligo è previsto, dall'art. 5 del D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010 e successive modifiche. La Mediazione, si svolge davanti ad uno degli Organismi scelti dalla parte richiedente (sia Sara Assicurazioni, sia l'Assicurato) tra quelli presenti nel luogo del giudice territorialmente competente, iscritti nel Registro tenuto presso il Ministero della Giustizia. Per semplicità si consiglia di consultare l'Albo Mediatori Civili disponibile sul sito www.giustizia.it. Se il contratto è stato stipulato con un consumatore, ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo, il tentativo di Mediazione si svolge davanti ad uno degli Organismi di Mediazione presenti nel luogo di residenza o domicilio elettivo dell'assicurato. L'Organismo di Mediazione prescelto può prevedere la possibilità di svolgere la Mediazione in modalità telematica (on line). In questo caso si conviene che la Mediazione è iniziata e svolta in tale forma anche se ad aderire è solo una delle due parti. Al procedimento di Mediazione si applica il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità e dei relativi criteri di calcolo, in vigore al momento dell'attivazione della procedura, sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto.

In ogni caso la Parte richiedente (sia Sara Assicurazioni, sia l'Assicurato) si impegna ad indicare nell'istanza di Mediazione i dati identificativi dell'oggetto della controversia (ad es. numero e data del sinistro, numero della Polizza).

NC.14 - Modifiche dell'assicurazione

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

NC.15 - Rinuncia al diritto di rivalsa

Sara Assicurazioni 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.

NC.16 - Oneri fiscali

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

NC.17 - Rinvio alle norme di legge

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

NC.18 – Indicizzazione (la cui presenza è indicata sulla Scheda di polizza)

Le somme assicurate, il premio, gli eventuali massimi indennizzi e sottolimiti, se espressi in cifra assoluta, sono soggetti annualmente ad adeguamento in proporzione alle variazioni del "numero indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute" pubblicato dall'Istituto Nazionale di Statistica.

Non sono soggette a 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 di Sara Assicurazioni, 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 Sara Assicurazioni comunica la variazione al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

Tale disposto non si applica in ogni caso alle garanzie e prestazioni previste nella Sezione Assistenza Persona.

NC.19 - Limiti territoriali

Ad eccezione delle Sezioni:

- Assistenza Persona;

- Tutela Legale Persona;

per le quali si rinvia a quanto previsto nelle rispettive normative, l'assicurazione è valida in tutto il mondo fermo restando che gli indennizzi saranno liquidati in Italia e in valuta avente corso legale in Italia.

In caso di viaggi o soggiorni prolungati all'estero, l'assicurazione è operante per un periodo massimo di 180 giorni continuativi. Dopo tale periodo la copertura rimane sospesa fino al giorno di rientro in Italia. La copertura opera per un massimo di un unico viaggio/soggiorno prolungato per ogni annualità assicurativa. Non sono considerati estero lo Stato Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

NCA - NORME COMUNI ALLE SEZIONI:

IR - INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI
MB - TUTELA MAMMA E BIMBO
GA - ALTRE GARANZIE AGGIUNTIVE
AD - ALTA DIAGNOSTICA E CURE FISIOTERAPICHE
VE - VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI
FC - FORMULA COMFORT
GI - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E MALATTIE ONCOLOGICHE

NCA.1 - Somma assicurata

La somma assicurata rappresenta per Sara Assicurazioni il limite massimo di esposizione a cui essa è tenuta in relazione ad ogni singola persona assicurata e per annualità assicurativa ad eccezione di quanto previsto nel caso di "Opzione Nucleo" di cui all'art. NCA.2 - Opzione di copertura.

Per le Formule "Ultra" e "Smart", questa deve intendersi come importo complessivo per le Sezioni "Interventi chirurgici e ricoveri", "Tutela Mamma e Bimbo", "Altre garanzie aggiuntive", "Alta Diagnostica e cure fisioterapiche" e, ove presente, "Visite specialistiche ed esami diagnostici".

Per le suddette Formule, la somma assicurata differisce secondo i seguenti criteri:

- se sulla Scheda di polizza è riportata l'indicazione "Formula Ultra", la somma assicurata è 1.000.000 euro. Se l'Assicurato ricorre a Centri non convenzionati, tale somma assicurata deve intendersi sottolimitata a 500.000 euro;
- se sulla Scheda di polizza è riportata l'indicazione "Formula Smart", la somma assicurata è 500.000 euro. Se l'Assicurato ricorre a Centri non convenzionati, tale somma assicurata deve intendersi sottolimitata a 300.000 euro.

Per la Formula "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche" la somma assicurata è 1.000.000 euro. Se l'Assicurato ricorre a Centri non convenzionati, tale somma assicurata deve intendersi sottolimitata a 500.000 euro.

Per la Formula "Comfort", la somma assicurata è pari a:

- 2.000 euro per la garanzia "Visite specialistiche";
- 2.000 euro per la garanzia "Esami diagnostici";
- 1.500 euro per la garanzia "Spese pre e post ricovero";
- per la garanzia "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", la somma assicurata dipende dalla Formula di garanzia ("50" o "100" euro) prescelta dall'Assicurato. Si veda la Sezione Formula Comfort, in particolare la "Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura" di cui all'articolo FC.5 - Indennità di degenza, convalescenza e gessatura.

NCA.2 - Opzioni di copertura

Il contratto prevede due Opzioni di copertura fra loro alternative:

- a) **Individuale:** ogni assicurato può scegliere la Formula desiderata tra quelle disponibili (Ultra, Smart, Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche). I massimali e le somme assicurate per sinistro e/o annualità assicurativa indicate nelle presenti Condizioni di assicurazione sono da intendersi validi per ciascuna persona assicurata;
- b) **Nucleo:** tutti gli Assicurati devono scegliere la stessa Formula. **Per poter accedere a tale opzione, è richiesto che sia assicurato l'intero nucleo familiare (vedasi definizione riportata nel Glossario).** Inoltre per le garanzie previste nelle Sezioni (ove presenti):
- IR - Interventi chirurgici e ricoveri;
 - MB - Tutela Mamma e Bimbo;
 - GA - Altre garanzie aggiuntive, ad eccezione della garanzia "Indennità di degenza sostitutiva", "Spese per accompagnatore" e "Estensione alle patologie pandemiche";
 - AD - Alta Diagnostica e cure fisioterapiche;
 - VE - Visite specialistiche ed esami diagnostici;
 - FC - Formula Comfort, ad eccezione della garanzia "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura";
 - GI - Grandi interventi e malattie oncologiche, ad eccezione della garanzia "Indennità di degenza sostitutiva" e "Spese per accompagnatore",
- i massimali e le somme assicurate indicate, per sinistro e/o per annualità assicurativa, devono intendersi condivisi tra tutti gli assicurati.**

Esempio scelta Opzione di copertura INDIVIDUALE		
Assicurati	Formula	Somma assicurata
Assicurato n. 1	Ultra	1.000.000 euro Centri convenzionati 500.000 euro Centri non convenzionati
Assicurato n. 2	Smart	500.000 euro Centri convenzionati 300.000 euro Centri non convenzionati
Assicurato n. 3	Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche	1.000.000 euro Centri convenzionati 500.000 euro Centri non convenzionati

Esempio scelta Opzione di copertura NUCLEO		
Assicurati	Formula	Somma assicurata
Assicurato n. 1	Ultra (formula unica per tutti gli Assicurati)	1.000.000 euro Centri convenzionati 500.000 euro Centri non convenzionati (somme condivise tra tutti gli assicurati)
Assicurato n. 2		
Assicurato n. 3		

NCA.3 - Bambini assicurati fino a dieci anni di età non compiuti

Se:

- è stata prescelta l'Opzione di copertura "Nucleo";
- sono assicurati tutti i componenti del nucleo familiare (vedasi definizione riportata nel Glossario);

i bambini di età inferiore a 10 anni usufruiranno di uno sconto pari al 100% del premio dovuto. Tale sconto sarà applicato anche alla garanzia Assistenza.

Al compimento del 10° anno di età, a partire dalla prima scadenza annuale successiva, il premio di Polizza verrà adeguato sulla base della normale tariffa prevista.

SA – CONDIZIONI RISERVATE AI SOCI ACI

Sulla base degli accordi stipulati tra Automobile Club d'Italia e Sara Assicurazioni S.p.A., ai Soci A.C.I. sono riservate le agevolazioni di seguito riportate:

Sezione	Se il Contraente al momento del sinistro risulta associato all'A.C.I.:
“Altre garanzie aggiuntive” / “Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche”	Limitatamente alla garanzia “Indennità di degenza sostitutiva”, sarà riconosciuto all'avente diritto una maggiorazione dell'indennizzo pari al 5% della somma liquidabile a termini di polizza
“Formula Comfort” - garanzia Indennità di degenza, convalescenza e gessatura / “Indennità di degenza, convalescenza e gessatura”	Verrà corrisposta una maggiorazione del 5% sull'indennizzo riconosciuto per le garanzie Indennità di degenza, convalescenza e gessatura.

Tali agevolazioni sono fondate sui seguenti presupposti:

- che il Contraente sia Socio A.C.I.;
- che il numero della tessera associativa all'Automobile Club d'Italia esibita all'atto della stipula sia memorizzato sul sistema informatico di Sara Assicurazioni, che potrà effettuare verifiche presso A.C.I. circa l'esistenza e la durata dell'associazione;
- che il Contraente si impegni a mantenere vigente l'associazione per l'intera durata contrattuale.

IR – SEZIONE INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI
La presente Sezione è ricompresa nelle Formule Ultra e Smart
La Formula Ultra e Smart sono da intendersi come Garanzia Base (vedasi Glossario)

Che cosa posso assicurare

IR.1 - Oggetto dell'assicurazione

Sara Assicurazioni provvede all'indennizzo delle spese di cura **nei limiti e nei termini previsti nella presente Sezione e dalle condizioni che regolano la Formula di garanzia** (Ultra o Smart) scelta dall'Assicurato.

Contro quali danni posso assicurarmi

IR.2 - Interventi Chirurgici e Ricoveri

a) Ricovero e intervento chirurgico

Sara Assicurazioni in caso di:

- **ricovero, con o senza intervento chirurgico**
- **intervento chirurgico anche in assenza di ricovero determinati da malattia o da infortunio che risultano in garanzia a termini di Polizza**, indennizza le seguenti spese inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico:
 - diritti di sala operatoria, materiali di intervento, 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 e infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, **relativamente al periodo del ricovero**;
 - rette di degenza.

b) Spese pre e post ricovero e intervento chirurgico

Sara Assicurazioni nei casi di cui al precedente punto a), rimborsa le seguenti spese, **inerenti l'intervento chirurgico o il ricovero**, sostenute dall'Assicurato:

- **nei 120 giorni precedenti** all'intervento chirurgico o 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 euro per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato a 6.000 euro 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.

c) Day Hospital senza intervento chirurgico

In caso di **ricovero in day hospital, senza intervento chirurgico**, determinato da malattia o infortunio indennizzabili a termini di Polizza, l'**assicurazione opera unicamente** per le spese relative a:

- accertamenti diagnostici;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- medicinali e rette di degenza;

che riguardano il periodo di ricovero.

Sono inoltre rimborsabili, **con gli stessi criteri indicati nel precedente punto b)**, anche le spese di trasporto in autoambulanza, **limitatamente al solo viaggio di andata, presso l'Istituto di cura.**

d) Ernie

Sono compresi in copertura **con gli stessi criteri e limiti di cui ai precedenti punti a) e b)** gli interventi chirurgici per l'eliminazione di ernie **purché indennizzabili a termini di Polizza.**

Sara Assicurazioni indennizza tali interventi fino a un massimo di 10.000 euro.

e) Cure dentarie e delle parodontopatie

Sono comprese in garanzia le cure dentarie o delle parodontopatie **soltanto se conseguenti a infortunio documentato, verificatosi successivamente alla stipula della Polizza.**

Sono escluse le spese per protesi.

f) Spese di chirurgia plastica e stomatologica ricostruttiva

Sono comprese in garanzia, **con gli stessi criteri e limiti 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 suindicato, Sara Assicurazioni rimborsa:

- 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 successivo articolo IR.4 – “Sottolimiti, scoperti e franchigie”**, le spese per visite specialistiche e per le terapie che agiscono sull'organismo per attaccare le cellule tumorali (a titolo esemplificativo: chemioterapia, radioterapia, immunoterapia) rese necessarie dalla malattia oncologica; ai fini

dell'indennizzabilità di tali spese, è necessario che siano state sostenute **nei due anni successivi alla data di fine 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. Tali spese sono rimborsate entro il sottolimito per anno assicurativo di 6.000 euro;**

Per i farmaci ad uso antitumorale, compresi nei precedenti punti, **se prescrivibili dal Servizio Sanitario Nazionale, è rimborsato l'eventuale ticket.**

Per le spese di cui alla presente lettera g), Sara Assicurazioni effettua il rimborso **entro il limite di 15.000 euro per persona e annualità assicurativa.**

h) Spese di trapianto

In caso di trapianto di organi o parte di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, nel limite del **massimale per annualità assicurativa di 5.000 euro**, Sara Assicurazioni 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 e le spese per il trasporto degli organi o parte di essi.

In caso di trapianto effettuato sull'Assicurato, **nei limiti del massimale suindicato**, Sara Assicurazioni provvede al rimborso delle spese sopra riportate relative all'intervento sul donatore vivente.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

IR.3 - Esclusioni

Non sono previste ulteriori esclusioni oltre e quelle indicate nei precedenti articoli e quelle riportate all'articolo NC.11 – Esclusioni.

IR.4 - Sottolimiti, scoperti e franchigie

La garanzia di cui al precedente articolo IR.2 - Interventi Chirurgici e Ricoveri viene indennizzata con le seguenti modalità, differenti a seconda della Formula prescelta.

Formula Ultra

1. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati

Sara Assicurazioni provvede al "pagamento diretto" al Centro Convenzionato delle spese previste all'art IR.2 - "Interventi Chirurgici e Ricoveri", lett. a) e c) ed al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lettera b). **In caso di mancata attivazione della presa in carico si applica quanto previsto al seguente punto 2., fatto salvo quanto previsto per i casi di comprovata urgenza come da art. SXMA.3 - Criteri di liquidazione, ultimo capoverso.**

2. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati

Sara Assicurazioni provvede al rimborso delle spese previste alle lettere a), b) e c) dell'art. IR.2 - "Interventi Chirurgici e Ricoveri".

Limitatamente alle spese di cui alla lettera a) e c) del suindicato articolo, il rimborso viene fatto con applicazione di uno **scoperto del 10% con un minimo non indennizzabile di 1.500 euro e un massimo non indennizzabile di 5.000 euro.**

3. Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Se l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero vuole ricorrere a un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, Sara Assicurazioni provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo IR.2 - "Interventi Chirurgici e Ricoveri" nel seguente modo:

- pagando direttamente le spese del Centro Convenzionato;
- 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 euro.**

Sara Assicurazioni provvede al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

Quanto previsto dal presente punto 3. non si applica in caso di interventi ambulatoriali, ricoveri ed interventi chirurgici che non prevedono spese per la Casa di Cura.

Se le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) del precedente articolo IR.2 - "Interventi Chirurgici e Ricoveri", sono già state indennizzate a termini di quanto previsto dalle Sezioni VE - "Visite specialistiche ed esami diagnostici" e DA - "Alta diagnostica e cure fisioterapiche", Sara Assicurazioni rimborsa esclusivamente la franchigia o lo scoperto pagati dall'Assicurato.

Formula Smart

1. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati

Sara Assicurazioni provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo IR.2 - "Interventi chirurgici e ricoveri" **previa deduzione di una franchigia fissa di 1.000 euro** e al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

2. Interventi chirurgici ed i ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati.

Sara Assicurazioni provvede al rimborso all'Assicurato delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo IR.2 - "Interventi chirurgici e ricoveri", **con applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di 2.500 euro e un massimo non indennizzabile di 5.000 euro** e al rimborso delle spese previste alla lett. b).

3. Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Se l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero vuole ricorrere a un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, Sara Assicurazioni provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo IR.2 - "Interventi chirurgici e ricoveri" nel modo seguente:

- paga direttamente le spese del Centro Convenzionato con applicazione di una **franchigia fissa di 1.000 euro;**
- 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 euro.**

Sara Assicurazioni provvede al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

Quanto previsto dal presente punto 3. non si applica in caso di interventi ambulatoriali, ricoveri ed interventi chirurgici che non prevedono spese per la Casa di Cura.

Se le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) del precedente articolo IR.2 - "Interventi Chirurgici e Ricoveri", sono già stati indennizzati a termini di quanto previsto dalla Sezione DA - "Alta diagnostica e cure fisioterapiche" Sara Assicurazioni rimborsa esclusivamente la franchigia o lo scoperto pagati dall'Assicurato.

IR.5 - Opzioni franchigia nei Centri convenzionati

L'Assicurato può scegliere di applicare, limitatamente al caso di ricorso ai Centri convenzionati, una franchigia diversa da quella prevista al precedente articolo IR.4.

In particolare:

- se l'Assicurato ha optato per la Formula Ultra e sulla Scheda di polizza è riportata l'indicazione "Franchigia nei Centri convenzionati", a parziale rettifica del punto 1) e 3) dell'articolo IR.4, Formula Ultra, Sara Assicurazioni provvede al "pagamento diretto" delle spese di cui alle lettere a) e c) dell'articolo IR.2 dovute al Centro Convenzionato al netto di una franchigia di 1.000 euro;
- se l'Assicurato ha optato per la Formula Smart e sulla Scheda di polizza è riportata l'indicazione "Esclusione franchigia nei Centri convenzionati", a parziale rettifica del punto 1) e 3) dell'articolo IR.4, Formula Smart, Sara Assicurazioni provvede al "pagamento diretto" delle spese di cui alle lettere a) e c) dell'articolo IR.2 dovute al Centro Convenzionato senza applicazione di alcuna franchigia.

Rimangono in ogni caso invariate le modalità e i criteri di indennizzo nelle altre fattispecie.

Formula Ultra

Esempio di liquidazione indennizzo - Formula Ultra

Problema clinico: cataratta traumatica con impianto di cristallino. Trattabile mediante intervento chirurgico. Costo complessivo: 5.000 euro così suddiviso: - 2.500 euro per diritti di sala, rette di degenza, ecc. (voci di costo dell'Istituto di cura); - 500 euro per onorari del chirurgo (voci di costo dell'equipe medica); - 2.000 euro suddivisi tra spese sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico per esami diagnostici e prestazioni infermieristiche. L'importo dell'indennizzo sarà differente a seconda della modalità con cui viene erogata la prestazione sanitaria:	Importo liquidabile
1. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati - Le spese per intervento chirurgico (Istituto di cura+equipe medica) vengono indennizzate totalmente mediante presa in carico diretta della prestazione; - Le altre spese sono indennizzate integralmente mediante rimborso o presa in carico.	5.000 euro
2. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Le spese per intervento chirurgico (Istituto di cura+equipe medica) vengono indennizzate al netto di uno scoperto del 10% con un minimo di 1.500 euro: 3.000 euro – 1.500 euro= 1.500; - Le altre spese sono indennizzate integralmente mediante rimborso.	3.500 euro
3. Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati - Le spese dell'Istituto di cura sono interamente indennizzate mediante presa in carico diretta della prestazione; - Le spese per equipe medica vengono indennizzate al netto di uno scoperto del 10%: 500 euro – 50 euro= 450 euro (a rimborso); - Le altre spese indennizzate integralmente mediante rimborso o presa in carico.	4.950 euro

Esempio di liquidazione indennizzo - Formula Ultra con "Opzione franchigia nei centri convenzionati"

Problema clinico: cataratta traumatica con impianto di cristallino. Trattabile mediante intervento chirurgico. Costo complessivo: 5.000 euro così suddiviso: - 2.500 euro per diritti di sala, rette di degenza, ecc. (voci di costo dell'Istituto di cura); - 500 euro per onorari del chirurgo (voci di costo dell'equipe medica); - 2.000 euro suddivisi tra spese sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico per esami diagnostici e prestazioni infermieristiche. L'importo dell'indennizzo sarà differente a seconda della modalità con cui viene erogata la prestazione sanitaria:	Importo liquidabile
1. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati - Le spese per intervento chirurgico (Istituto di cura+equipe medica) vengono indennizzate con applicazione della franchigia di 1.000 euro; - Le altre spese sono indennizzate integralmente mediante rimborso o presa in carico.	4.000 euro
2. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Le spese per intervento chirurgico (Istituto di cura+equipe medica) vengono indennizzate al netto di uno scoperto del 10% con un minimo di 1.500 euro: 3.000 euro – 1.500 euro= 1.500; - Le altre spese sono indennizzate integralmente mediante rimborso.	3.500 euro
3. Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati - Le spese dell'Istituto di cura sono indennizzate mediante presa in carico diretta della prestazione con applicazione della franchigia fissa di 1.000 euro: 2.500 euro – 1.000 euro= 1.500 euro; - Le spese per equipe medica vengono indennizzate al netto di uno scoperto del 10%: 500 euro – 50 euro= 450 euro (a rimborso); - Le altre spese indennizzate integralmente mediante rimborso o presa in carico.	3.950 euro

Esempio di liquidazione indennizzo - Formula Smart

Problema clinico: By-pass arterie periferiche. Trattabile mediante intervento chirurgico. Costo complessivo: 9.000 euro così suddiviso: - 3.000 euro per diritti di sala, rette di degenza, ecc. (voci di costo dell'Istituto di cura); - 5.000 euro per onorari del chirurgo (voci di costo dell'equipe medica); - 1.000 euro suddivisi tra spese sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico per esami diagnostici e prestazioni infermieristiche. L'importo dell'indennizzo sarà differente a seconda della modalità con cui viene erogata la prestazione sanitaria:	Importo liquidabile
1. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati - Le spese per intervento chirurgico (Istituto di cura + equipe medica) vengono indennizzate al netto di una franchigia fissa di 1.000 euro: 8.000 euro – 1.000 euro= 7.000 euro; - Le altre spese sono indennizzate integralmente mediante rimborso o presa in carico.	8.000 euro
2. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Le spese per intervento chirurgico (Istituto di cura + equipe medica) vengono indennizzate al netto di uno scoperto del 20% con un minimo di 2.500 euro: 8.000 euro – 2.500 euro= 5.500; - Le altre spese sono indennizzate integralmente mediante rimborso.	6.500 euro
3. Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati - Le spese dell'Istituto di cura sono indennizzate mediante presa in carico diretta della prestazione al netto di una franchigia fissa di 1.000 euro: 3.000 euro – 1.000 euro= 2.000 euro; - Le spese per equipe medica vengono indennizzate al netto di uno scoperto del 20%: 5.000 euro – 1.000 euro= 4.000 euro (a rimborso); - Le altre spese indennizzate integralmente mediante rimborso o presa in carico.	6.000 euro

Esempio di liquidazione indennizzo - Formula Smart con "Opzione franchigia nei centri convenzionati"

Problema clinico: By-pass arterie periferiche. Trattabile mediante intervento chirurgico. Costo complessivo: 9.000 euro così suddiviso: - 3.000 euro per diritti di sala, rette di degenza, ecc. (voci di costo dell'Istituto di cura); - 5.000 euro per onorari del chirurgo (voci di costo dell'equipe medica); - 1.000 euro suddivisi tra spese sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico per esami diagnostici e prestazioni infermieristiche. L'importo dell'indennizzo sarà differente a seconda della modalità con cui viene erogata la prestazione sanitaria:	Importo liquidabile
1. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati - Le spese per intervento chirurgico (Istituto di cura + equipe medica) vengono indennizzate totalmente mediante presa in carico diretta della prestazione; - Le altre spese sono indennizzate integralmente mediante rimborso o presa in carico.	9.000 euro
2. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Le spese per intervento chirurgico (Istituto di cura + equipe medica) vengono indennizzate al netto di uno scoperto del 20% con un minimo di 2.500 euro: 8.000 euro – 2.500 euro= 5.500; - Le altre spese sono indennizzate integralmente mediante rimborso.	6.500 euro
3. Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati - Le spese dell'Istituto di cura sono indennizzate mediante presa in carico diretta della prestazione per l'importo totale = 3.000 euro; - Le spese per equipe medica vengono indennizzate al netto di uno scoperto del 20%: 5.000 euro – 1.000 euro= 4.000 euro (a rimborso); - Le altre spese indennizzate integralmente mediante rimborso o presa in carico.	8.000 euro

IR. 6 - Infortuni all'estero

Se a seguito di un infortunio subito mentre si trova all'estero, certificato dal Pronto Soccorso locale, le condizioni dell'Assicurato – comprovate da documentazione medica – sono tali da rendere necessario **il ricovero e/o un intervento chirurgico nello stato estero in cui si trova**, Sara Assicurazioni, in caso di indennizzabilità ai sensi della presente Sezione, provvede 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 San Marino.

Scheda riepilogativa

Per le voci:

- Interventi chirurgici e ricoveri, rispettivamente lettera a) e b);

- Ricoveri in day hospital, lettera c),

dell'articolo IR.2 - Interventi Chirurgici e Ricoveri

Formula	Centro convenzionato	Centro non convenzionato	Centro convenzionato / Equipe medica non convenzionata
ULTRA	Presa in carico per le spese previste alle lettere a) e c) dell'articolo IR.2. Se selezionata Opzione franchigia, applicazione di una franchigia di 1.000 euro. Rimborso o pagamento diretto per le spese previste alla lettera b) dell'articolo IR.2.	Rimborso per le spese previste alle lettere a) e c) dell'articolo IR.2. con scoperto 10% minimo non indennizzabile 1.500 euro (con il massimo a carico del cliente di 5.000 euro). Rimborso per le spese previste alla lettera b) dell'articolo IR.2.	Presa in carico delle spese di competenza dell'Istituto di cura; Se selezionata Opzione franchigia, applicazione di una franchigia di 1.000 euro Rimborso spese per equipe medica con scoperto 10% (con il massimo a carico del cliente di 5.000 euro). Rimborso o pagamento diretto per le spese previste alla lettera b) dell'articolo IR.2.
SMART	Presa in carico per le spese previste alle lettere a) e c) dell'articolo IR.2. con applicazione franchigia 1.000 euro. Se selezionata Opzione Esclusione franchigia, nessuna applicazione di franchigia. Rimborso o pagamento diretto per le spese previste alla lettera b) dell'articolo IR.2	Rimborso per le spese previste alle lettere a) e c) dell'articolo IR.2. con scoperto 20% minimo non indennizzabile 2.500 euro (con il massimo a carico del cliente di 5.000 euro). Rimborso per le spese previste alla lettera b) dell'articolo IR.2	Presa in carico delle spese di competenza dell'Istituto di cura, franchigia 1.000 euro; Se selezionata Opzione Esclusione franchigia, nessuna applicazione di franchigia. Rimborso spese per equipe medica con scoperto 20% (con il massimo a carico del cliente di 5.000 euro). Rimborso o pagamento diretto per le spese previste alla lettera b) dell'articolo IR.2.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti (comuni a tutte le Formule)			
Garanzia	Scoperto %	Franchigia / Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Trasporto in autoambulanza presso l'Istituto di cura	come da Formula prescelta	come da Formula prescelta	300 euro per anno assicurativo
Trasporto in eliambulanza presso l'Istituto di cura	come da Formula prescelta	come da Formula prescelta	6.000 euro per anno assicurativo
Intervento chirurgico per eliminazione di ernie	come da Formula prescelta	come da Formula prescelta	10.000 euro
Malattia oncologica	come da Formula prescelta	come da Formula prescelta	15.000 euro per persona e per anno assicurativo
Malattia oncologica - Spese per assistenza infermieristica a domicilio	-	-	6.000 euro per anno assicurativo
Spese di trapianto	-	-	5.000 euro per anno assicurativo
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti (valida per la formula ULTRA)			
Interventi chirurgici e ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati	10%	1.500 euro con un massimo di 5.000 euro	500.000 euro
Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati – Spese per equipe medica	10%	massimo non indennizzabile 5.000 euro	-
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti (valida per la formula SMART)			
Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati	-	franchigia fissa 1.000 euro	500.000 euro
Interventi chirurgici e ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati	20%	minimo non indennizzabile di 2.500 euro e un massimo non indennizzabile di 5.000 euro	300.000 euro
Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati – Spese per Centro convenzionato	-	franchigia fissa 1.000 euro	-
Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati – Spese per equipe medica	20%	massimo non indennizzabile 5.000 euro	-

MB – SEZIONE TUTELA MAMMA E BIMBO
La presente Sezione è ricompresa nelle Formule Ultra e Smart
La Formula Ultra e Smart sono da intendersi come Garanzia Base (vedasi Glossario)

Che cosa posso assicurare

MB.1 - Oggetto dell'assicurazione

Sara Assicurazioni provvede all'indennizzo delle spese per il parto (naturale o cesareo) **nei limiti e nei termini previsti dalla presente Sezione e dalle condizioni che regolano la Formula di garanzia** (Ultra e Smart) scelta dall'Assicurato.

Contro quali danni posso assicurarmi

MB.2 – Parto naturale o cesareo

a) Sara Assicurazioni in caso di parto, naturale o cesareo, che risulta in **garanzia a termini di Polizza**, provvede all'indennizzo delle seguenti spese inerenti il parto:

- diritti di sala operatoria, materiali di intervento, 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 e 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) Sara Assicurazioni provvede, nei casi previsti al precedente punto a), al rimborso delle spese sostenute per:

nei 120 giorni precedenti all'intervento chirurgico o 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 euro per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato a 6.000 euro se il trasporto avviene in elioambulanza. Tale importo è previsto solo per questa prestazione e la somma è da ritenersi aggiuntiva rispetto a quanto disposto al precedente articolo MB.2 - "Parto naturale o cesareo" punto a), in base alla Formula prescelta dall'Assicurato.

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

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

MB.3 – Cure per il bambino (valida solo per Opzione Individuale)

Se il bambino, **non assicurato ma nato da parto indennizzabile ai sensi della presente Polizza**, necessita di un ricovero o di un intervento chirurgico per malattia o infortunio indennizzabili a termini di contratto, Sara Assicurazioni provvede al pagamento delle spese di cura **con gli stessi limiti e condizioni previste per la madre**.

Sono incluse le malformazioni e/o le patologie congenite.

Ai fini dell'operatività della presente garanzia:

- il nominativo del bambino deve essere comunicato all'Agenzia Sara di riferimento entro sei mesi dalla nascita;
- deve essere stato pagato il premio per la madre assicurata.

La garanzia cessa automaticamente al compimento del secondo anno del bambino. La copertura potrà proseguire tramite inserimento del bambino in polizza come Assicurato e il pagamento del relativo premio.

MB.4 – Malattie Rare del bambino

MB.4.1 Indennizzo forfettario "una tantum" per Malattie rare del bambino

Se al bambino **viene diagnosticata nel corso dei primi due anni di vita** una "malattia rara" che rientra nell'elenco che segue:

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

Sara Assicurazioni corrisponde una prestazione forfettaria **"una tantum" (non ripetibile) in forma capitale di 10.000 euro**.

La presente garanzia:

- a) nel caso di Polizza sottoscritta con Opzione "Nucleo", è sempre operante (purché la patologia sia indennizzabile in base all'art. NC.7 Termini di aspettativa);
- b) nel caso di Polizza sottoscritta con Opzione "Individuale", la garanzia è prestata a favore del bambino non assicurato ma nato da parto indennizzabile ai sensi di Polizza. In questo caso, ai fini dell'operatività della garanzia:
 - il nominativo del bambino deve essere comunicato all'Agenzia Sara di riferimento entro sei mesi dalla nascita;
 - deve essere stato pagato il premio per la madre assicurata.

La garanzia cessa al compimento del secondo anno del bambino.

MB.4.2 - Garanzie aggiuntive per Malattie rare del bambino

Se al bambino, nato da parto indennizzabile ai sensi di Polizza, nel corso dei primi due anni di vita viene diagnosticata una Malattia rara, Sara Assicurazioni mette a disposizione le seguenti garanzie.

- **Ricerca Centri di eccellenza**
Se i genitori del bambino affetto da una malattia rara hanno necessità di informazioni o aiuto nella ricerca di Centri di eccellenza, la Struttura Organizzativa Salute provvede ad aiutare i genitori nella ricerca di centri di cura, pubblici o privati, nazionali o internazionali.
- **Rimborso spese per "Secondo parere" medico**
Se i genitori del bambino affetto da una malattia rara, hanno bisogno di un secondo parere medico qualificato (**presso ospedali, centri di ricerca, professionisti**), Sara Assicurazioni provvede al rimborso, **fino a un massimo di 1.000 euro**, 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) per i primi due anni di età del bambino, indipendentemente dal numero di contratti fra loro successivi o concomitanti.
- **Trasferimento in centri specializzati**
Se il bambino che si trova in Italia, a seguito di malattia rara deve essere ricoverato presso Centri specializzati situati al di fuori della propria regione di residenza, la Struttura Organizzativa di Assistenza, 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 o altro).
Il mezzo più idoneo viene identificato a discrezione dei medici della Struttura Organizzativa di Assistenza.
La Struttura Organizzativa di Assistenza utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei paesi europei.
Sara Assicurazioni tiene a proprio carico il costo del trasferimento del paziente incluse le spese di un medico e/o infermiere che accompagnano il paziente stesso.
Il trasferimento può avvenire con l'eventuale accompagnamento di personale medico ed infermieristico.
Per ogni annualità assicurativa Sara Assicurazioni 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 complessivo massimo di 5.000 euro 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**
Se il bambino viene ricoverato all'estero in un Istituto di cura a seguito di malattia rara e i genitori hanno difficoltà a comunicare con i medici perché non conoscono la lingua, la Struttura Organizzativa di Assistenza invia un interprete.
Tale prestazione viene fornita fino alla concorrenza di 500 euro per annualità assicurativa.

Le garanzie di cui al presente articolo:

- a) nel caso di Polizza sottoscritta con Opzione "Nucleo", sono sempre operanti (purché la patologia sia indennizzabile in base all'art. NC.7 Termini di aspettativa);
- b) nel caso di Polizza sottoscritta con Opzione "Individuale", sono prestate a favore del bambino non assicurato ma nato da parto indennizzabile ai sensi di Polizza. In questo caso, ai fini dell'operatività della garanzia:
 - il nominativo del bambino deve essere comunicato all'Agenzia Sara di riferimento entro sei mesi dalla nascita;
 - deve essere stato pagato il premio per la madre assicurata.

La copertura cessa al compimento del secondo anno del bambino.

MB.4.2.1 - Operatività e limiti delle prestazioni Assistenza della garanzia "Malattie Rare"

Limitatamente alle seguenti prestazioni di Assistenza:

- Trasferimento in centri specializzati
- Interprete all'estero

di cui al precedente articolo MB.4.2 - "Garanzie aggiuntive per Malattie Rare del bambino", vale quanto segue.

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

Se l'Assicurato non usufruisce di una o più Prestazioni di Assistenza, Sara Assicurazioni non è tenuta a fornire Indennizzi o Prestazioni di Assistenza alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Ogni diritto nei confronti di Sara Assicurazioni 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 si trova a godere 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 Assicurazioni nel termine di 3 giorni a pena di decadenza.

Nel caso in cui si attivasse altra impresa, le presenti Prestazioni di Assicurazione sono operanti, nei limiti e 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.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

MB.5 - Esclusioni

Non sono previste ulteriori esclusioni oltre e quelle indicate nei precedenti articoli e quelle riportate all'articolo NC.11 – Esclusioni.

MB.6 - Sottolimiti, scoperti e franchigie

La garanzia di cui al precedente articolo MB.2 - Parto naturale o cesareo viene indennizzata con le seguenti modalità, differenti a seconda della Formula prescelta:

Formula Ultra

Parto naturale o cesareo

1) Parto effettuato nei Centri convenzionati

Sara Assicurazioni provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato delle spese previste alla lettera a) dell'articolo MB.2 - "Parto naturale o cesareo" entro il **limite massimo di 9.500 euro per il parto naturale e di 11.000 euro per il parto cesareo**.

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. MB.2 - "Parto naturale o cesareo", Sara Assicurazioni provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato entro il **limite massimo per sinistro di 2.000 euro**.

2) Parto effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati

Sara Assicurazioni provvede al rimborso all'Assicurato delle spese, previste alla lettera a) dell'art. MB.2 - "Parto naturale o cesareo", **entro il limite massimo di 8.400 euro per parto naturale e di 9.800 euro per parto cesareo**.

Per le spese previste alla lettera b) dell'articolo MB.2 - "Parto naturale o cesareo", **Sara Assicurazioni provvede al rimborso all'Assicurato entro il limite massimo per sinistro di 2.000 euro**.

3) Parto in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Se l'Assicurato desidera utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, Sara Assicurazioni provvede:

- a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato;
- a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati. Tali spese sono rimborsate entro il limite massimo di **4.200 euro per parto naturale e di 6.600 euro per parto cesareo**.

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

Per le spese previste alla lettera b) dell'articolo MB.2 - "Parto naturale o cesareo", Sara Assicurazioni provvede al rimborso entro il **limite massimo per sinistro di 2.000 euro**.

Se le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) del precedente articolo MB.2 - "Parto naturale o cesareo", sono già stati indennizzati a termini di quanto previsto dalle Sezioni DA - "Alta diagnostica e cure fisioterapiche" e VE - "Visite specialistiche ed esami diagnostici", Sara Assicurazioni rimborsa esclusivamente la franchigia o lo scoperto pagati dall'Assicurato.

Formula Smart

Parto naturale o cesareo

1) Parto effettuato nei Centri convenzionati

Sara Assicurazioni provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato delle spese previste alla lettera a) dell'articolo MB.2 - "Parto naturale o cesareo" **previa deduzione di una franchigia fissa di 1.000 euro ed entro il limite massimo di 9.500 euro per il parto naturale e di 11.000 euro per il parto cesareo**.

Per le spese previste alla lettera b) dell'articolo MB.2 - "Parto naturale o cesareo" Sara Assicurazioni provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato **entro il limite massimo per sinistro di 2.000 euro**.

2) Parto effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati

Sara Assicurazioni provvede al rimborso all'Assicurato delle spese, previste alla lettera a) dell'articolo MB.2 - "Parto naturale o cesareo", entro il limite massimo di **8.400 euro per parto naturale e di 9.800 euro per parto cesareo**.

In questo caso il rimborso verrà effettuato con applicazione di una franchigia fissa di 1.000 euro.

Per le spese previste alla lettera b) dell'articolo MB.2 - "Parto naturale o cesareo" Sara Assicurazioni provvede al rimborso all'Assicurato **entro il limite massimo per sinistro di 2.000 euro**.

3) Parto in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Se l'Assicurato desidera utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, Sara Assicurazioni provvede:

- a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato **previa deduzione di una franchigia fissa di 1.000 euro**;
- a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, entro il limite massimo per le **equipe mediche di 4.200 euro per parto naturale e di 6.600 euro per parto cesareo**.

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

Per le spese previste alla lettera b) dell'articolo MB.2 - "Parto naturale o cesareo", Sara Assicurazioni provvede al rimborso **entro il limite massimo per sinistro di 2.000 euro**.

Se le visite specialistiche e gli esami diagnostici di cui al punto b) del precedente articolo MB.2 - "Parto naturale o cesareo", sono già stati indennizzati a termini di quanto previsto dalla Sezione DA - "Alta diagnostica e cure fisioterapiche", Sara Assicurazioni rimborsa esclusivamente la franchigia o lo scoperto pagati dall'Assicurato.

MB.7 - Opzioni franchigia nei Centri convenzionati

L'Assicurato può scegliere di applicare, **limitatamente al caso di ricorso ai Centri convenzionati**, una franchigia diversa da quella prevista al precedente articolo MB.6.

In particolare:

- se l'Assicurato ha optato per la Formula Ultra e sulla Scheda di polizza è riportata l'indicazione "Franchigia nei Centri convenzionati", **a parziale rettifica dell'articolo MB.5, Formula Ultra, Sara Assicurazioni provvede al "pagamento diretto" delle spese dovute al Centro Convenzionato con l'applicazione di una franchigia di 1.000 euro;**
- se l'Assicurato ha optato per la Formula Smart e sulla Scheda di polizza è riportata l'indicazione "Esclusione franchigia nei Centri convenzionati", **a parziale rettifica dell'articolo MB.5, Formula Smart, Sara Assicurazioni provvede al "pagamento diretto" delle spese dovute al Centro Convenzionato senza applicazione di alcuna franchigia.**

Rimangono in ogni caso invariate le modalità ed i criteri di indennizzo nelle altre fattispecie.

Formula Ultra

Esempio di liquidazione indennizzo - Formula Ultra

	Importo liquidabile
Parto cesareo Costo complessivo: 12.500 euro così suddiviso: - 10.000 euro per diritti di sala, rette di degenza, ecc. (voci di costo dell'Istituto di cura); - 1.000 euro per onorari del chirurgo (voci di costo dell'equipe medica); - 1.500 euro suddivisi tra spese sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico per esami diagnostici e prestazioni infermieristiche. L'importo dell'indennizzo sarà differente a seconda della modalità con cui viene erogata la prestazione sanitaria:	
1. Parto effettuato nei Centri Convenzionati - Le spese per il parto cesareo (Istituto di cura+equipe medica) vengono indennizzate totalmente mediante presa in carico diretta della prestazione; - Le altre spese sono indennizzate integralmente mediante rimborso o presa in carico.	12.500 euro
2. Parto effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Le spese per il parto cesareo (Istituto di cura+equipe medica) vengono indennizzate entro il limite di indennizzo di 9.800 euro; - Le altre spese sono indennizzate integralmente mediante rimborso.	11.300 euro
3. Parto in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati - Le spese dell'Istituto di cura sono interamente indennizzate mediante presa in carico diretta della prestazione; - Le spese per equipe medica vengono indennizzate totalmente mediante rimborso; - Le altre spese indennizzate integralmente mediante rimborso o presa in carico.	12.500 euro

Esempio di liquidazione indennizzo - Formula Ultra con "Opzione franchigia nei centri convenzionati"

	Importo liquidabile
Parto cesareo Costo complessivo: 12.500 euro così suddiviso: - 10.000 euro per diritti di sala, rette di degenza, ecc. (voci di costo dell'Istituto di cura); - 1.000 euro per onorari del chirurgo (voci di costo dell'equipe medica); - 1.500 euro suddivisi tra spese sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico per esami diagnostici e prestazioni infermieristiche. L'importo dell'indennizzo sarà differente a seconda della modalità con cui viene erogata la prestazione sanitaria:	
1. Parto effettuato nei Centri Convenzionati - Le spese per il parto cesareo (Istituto di cura+equipe medica) vengono indennizzate mediante presa in carico diretta della prestazione con applicazione della franchigia di 1.000 euro; - Le altre spese sono indennizzate integralmente mediante rimborso o presa in carico.	11.500 euro
2. Parto effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Le spese per il parto cesareo (Istituto di cura+equipe medica) vengono indennizzate entro il limite di indennizzo di 9.800 euro; - Le altre spese sono indennizzate integralmente mediante rimborso.	11.300 euro
3. Parto in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati - Le spese dell'Istituto di cura sono interamente indennizzate mediante presa in carico diretta della prestazione; - Le spese per equipe medica vengono indennizzate totalmente mediante rimborso; - Le altre spese indennizzate integralmente mediante rimborso o presa in carico.	11.500 euro

Esempio di liquidazione indennizzo - Formula Smart

Parto cesareo Costo complessivo: 12.500 euro così suddiviso: - 10.000 euro per diritti di sala, rette di degenza, ecc. (voci di costo dell'Istituto di cura); - 1.000 euro per onorari del chirurgo (voci di costo dell'equipe medica); - 1.500 euro suddivisi tra spese sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico per esami diagnostici e prestazioni infermieristiche. L'importo dell'indennizzo sarà differente a seconda della modalità con cui viene erogata la prestazione sanitaria:	Importo liquidabile
1. Parto effettuato nei Centri Convenzionati - Le spese per il parto cesareo (Istituto di cura+equipe medica) vengono indennizzate mediante presa in carico diretta della prestazione con applicazione della franchigia di 1.000 euro; - Le altre spese sono indennizzate integralmente mediante rimborso o presa in carico.	11.500 euro
2. Parto effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Le spese per il parto cesareo (Istituto di cura+equipe medica) vengono indennizzate entro il limite di indennizzo di 9.800 euro; - Le altre spese sono indennizzate integralmente mediante rimborso.	11.300 euro
3. Parto in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati - Le spese dell'Istituto di cura sono interamente indennizzate mediante presa in carico diretta della prestazione; - Le spese per equipe medica vengono indennizzate totalmente mediante rimborso; - Le altre spese indennizzate integralmente mediante rimborso o presa in carico.	11.500 euro

Esempio di liquidazione indennizzo - FormulaSmart con opzione "Esclusione franchigia Centri convenzionati"

Parto cesareo Costo complessivo: 12.500 euro così suddiviso: - 10.000 euro per diritti di sala, rette di degenza, ecc. (voci di costo dell'Istituto di cura); - 1.000 euro per onorari del chirurgo (voci di costo dell'equipe medica); - 1.500 euro suddivisi tra spese sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico per esami diagnostici e prestazioni infermieristiche. L'importo dell'indennizzo sarà differente a seconda della modalità con cui viene erogata la prestazione sanitaria:	Importo liquidabile
1. Parto effettuato nei Centri Convenzionati - Le spese per il parto cesareo (Istituto di cura+equipe medica) vengono indennizzate totalmente mediante presa in carico diretta della prestazione; - Le altre spese sono indennizzate integralmente mediante rimborso o presa in carico.	12.500 euro
2. Parto effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Le spese per il parto cesareo (Istituto di cura+equipe medica) vengono indennizzate entro il limite di indennizzo di 9.800 euro; - Le altre spese sono indennizzate integralmente mediante rimborso.	11.300 euro
3. Parto in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati - Le spese dell'Istituto di cura sono interamente indennizzate totalmente mediante presa in carico diretta della prestazione; - Le spese per equipe medica vengono indennizzate totalmente mediante rimborso; - Le altre spese indennizzate integralmente mediante rimborso o presa in carico.	12.500 euro

Scheda riepilogativa

Per la voce: Parto naturale e cesareo di cui all'articolo MB.2 – Parto naturale o cesareo

Formula	Centro convenzionato	Centro non convenzionato	Centro convenzionato / Equipe medica non convenzionata
ULTRA	Presa in carico per le spese previste alla lettera a) dell'articolo MB.2 entro: - 11.000 euro per parto cesareo; - 9.500 euro per parto naturale. Se selezionata Opzione franchigia, applicazione di una franchigia di 1.000 euro Rimborso per le spese previste alla lettera b) dell'articolo MB.2 fino a 2.000 euro.	Rimborso delle spese previste alla lettera a) dell'articolo MB.2 entro: - 9.800 euro per parto cesareo; - 8.400 euro per parto naturale. Rimborso per le spese previste alla lettera b) dell'articolo MB.2 fino a 2.000 euro.	Presa in carico spese di competenza dell'Istituto di cura. Se selezionata Opzione franchigia, applicazione di una franchigia di 1.000 euro. Rimborso spese per equipe medica entro: 6.600 euro per parto cesareo; 4.200 euro per parto naturale. Il tutto entro l'importo totale di: - 11.000 euro per parto cesareo; - 9.500 euro per parto naturale. Rimborso per le spese previste alla lettera b) dell'articolo MB.2 fino a 2.000 euro.
SMART	Presa in carico per le spese previste alla lettera a) dell'articolo MB.2 entro: - 11.000 euro per parto cesareo; - 9.500 euro per parto naturale, e con applicazione di una franchigia di 1.000 euro. Se selezionata Opzione Esclusione franchigia, nessuna applicazione di franchigia. Rimborso per le spese previste alla lettera b) dell'articolo MB.2 fino a 2.000 euro.	Rimborso delle spese previste alla lettera a) dell'articolo MB.2 entro: - 9.800 euro per parto cesareo; - 8.400 euro per parto naturale e con applicazione di una franchigia di 1.000 euro. Se selezionata Opzione Esclusione franchigia, nessuna applicazione di franchigia. Rimborso per le spese previste alla lettera b) dell'articolo MB.2 fino a 2.000 euro.	Presa in carico delle spese di competenza dell'Istituto di cura, franchigia di 1.000 euro. Se selezionata Opzione Esclusione franchigia, nessuna applicazione di franchigia. Rimborso spese per equipe medica entro: - 6.600 euro per parto cesareo; - 4.200 euro per parto naturale. Il tutto entro l'importo totale di: - 11.000 euro per parto cesareo; - 9.500 euro per parto naturale. Rimborso per le spese previste alla lettera b) dell'articolo MB.2 fino a 2.000 euro.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti (comuni a tutte le Formule)			
Garanzia	Scoperto %	Franchigia / Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Esami diagnostici e visite specialistiche	-	-	3 visite specialistiche e 3 ecografie (nei 120 gg precedenti)
Trasporto in autoambulanza presso l'Istituto di cura	come da Formula prescelta	come da Formula prescelta	300euro per anno assicurativo
Trasporto in eliambulanza presso l'Istituto di cura	come da Formula prescelta	come da Formula prescelta	6.000 euro per anno assicurativo
Malattie rare per bambini fino a 2 anni - Trasferimento in centri specializzati	-	-	5.000 euro per anno assicurativo
Malattie rare per bambini fino a 2 anni - Interprete all'estero	-	-	500 euro per anno assicurativo
Malattie rare per bambini fino a 2 anni - Rimborso spese per Secondo parere medico	-	-	1.000 euro
Malattie rare per bambini fino a 2 anni – Indennizzo forfettario “una tantum” - Malattie in elenco	-	-	10.000 euro

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti (valida per la formula ULTRA)			
Parto naturale effettuato nei Centri convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	-	9.500 euro
Parto cesareo effettuato nei Centri convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	-	11.000 euro
Parto naturale o cesareo effettuato in Centri convenzionati e non - Spese previste alla lettera b) dell'art. IR.2.2	-	-	2.000 euro per sinistro
Parto naturale effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	-	8.400 euro
Parto cesareo effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	-	9.800 euro
Parto naturale in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati	-	-	4.200 euro (max indennizzo 9.500 euro)
Parto cesareo in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati	-	-	6.600 euro (max indennizzo 11.000 euro)

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti (valida per la formula SMART)			
Parto naturale effettuato nei Centri convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	franchigia fissa 1.000 euro	9.500 euro
Parto cesareo effettuato nei Centri convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	franchigia fissa 1.000 euro	11.000 euro
Parto naturale o cesareo effettuato in Centri convenzionati e non - Spese previste alla lettera b) dell'art. IR.2.2	-	-	2.000 euro per sinistro
Parto naturale effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	franchigia fissa 1.000 euro	8.400 euro
Parto cesareo effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Spese previste alla lettera a) dell'art. IR.2.2	-	franchigia fissa 1.000 euro	9.800 euro
Parto naturale in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati	-	franchigia fissa 1.000 euro	4.200 euro (max indennizzo 9.500 euro)
Parto cesareo in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati	-	franchigia fissa 1.000 euro	6.600 euro (max indennizzo 11.000 euro)

GA - SEZIONE ALTRE GARANZIE AGGIUNTIVE
La presente Sezione è ricompresa nelle Formule Ultra e Smart
La Formula Ultra e Smart sono da intendersi come Garanzia Base (vedasi Glossario)

Che cosa posso assicurare

GA.1 – Oggetto dell'assicurazione

Sara Assicurazioni provvede a indennizzare o rimborsare l'Assicurato al verificarsi degli eventi indicati al successivo articolo GA.2.

Contro quali danni posso assicurarmi

GA.2 – Altre garanzie aggiuntive

Si intendono operante le seguenti garanzie:

● **Indennità di degenza sostitutiva**

In caso di ricovero in un Istituto di cura **in conseguenza di malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini di Polizza**, l'Assicurato può chiedere in sostituzione integrale del pagamento diretto o del rimborso delle spese previste agli articoli:

- IR.2 - "Interventi Chirurgici e Ricoveri" (tutte le lettere) della Sezione IR - Interventi chirurgici e ricoveri
- MB.2 - "Parto naturale o cesareo", lettere a) e b) della Sezione MB - Tutela Mamma e Bimbo
- "Spese per accompagnatore", di cui alla voce successiva del presente articolo

il pagamento di un'indennità giornaliera di 100 euro per ogni giorno di ricovero, per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa.

Tale indennità, **spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati.**

Sara Assicurazioni, a termini di quanto precede e negli stessi limiti, corrisponde l'indennità suddetta anche in caso di ricovero in "day hospital" / "day surgery".

● **Spese per accompagnatore**

In caso di ricovero dell'Assicurato presso un Centro convenzionato, **causato da malattia, infortunio o parto indennizzabili a termini di Polizza**, Sara Assicurazioni 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 non convenzionato, causato da malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini di Polizza, Sara Assicurazioni provvede al rimborso all'Assicurato delle spese sostenute per rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore.

Tale garanzia viene prestata **con un sottolimito giornaliero di 50 euro, per un massimo di 30 giorni per ogni ricovero.**

● **Estensione patologie pandemiche - Terapia intensiva**

Se l'Assicurato viene ricoverato in regime di terapia intensiva presso un Istituto di cura a seguito di patologia pandemica, viene corrisposta all'Assicurato, **successivamente alla dimissione dall'Istituto di cura, una indennità forfettaria, a titolo di una tantum, per convalescenza pari a 2.000 euro.**

Le estensioni di cui al presente articolo, ferme le altre esclusioni previste dalle presenti Condizioni di assicurazione, non sono operanti nei casi di patologie e infezioni diverse da quelle pandemiche e se:

- lo stato patologico pandemico era già conosciuto e/o diagnosticato al momento della stipulazione del presente contratto;
- lo stato patologico pandemico era già presente al momento della stipula del presente contratto (anche in forma asintomatica);
- al momento della stipula del presente contratto era già previsto per il soggetto l'isolamento domiciliare obbligatorio;
- la patologia pandemica rappresenta malattia professionale, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni.

● **Rimborso per abbonamenti o corsi non goduti**

Se a seguito di infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato non può usufruire o terminare di usufruire di abbonamenti, ski-pass o iscrizioni a corsi o scuole sportive, **Sara Assicurazioni** provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per la parte di prestazione non goduta **entro l'importo massimo per annualità assicurativa di 500 euro.**

● **Acquisto protesi ortopediche e acquisto o noleggio ausili medico chirurgici**

Sara Assicurazioni, fino a un massimo di 2.500 euro per annualità assicurativa, provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, in conseguenza di malattia o 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.

● **Noleggio di Apparecchiature Elettromedicali per Fisioterapia e Riabilitazione**

In caso di intervento chirurgico o ricovero, indennizzabile a termini di polizza, Sara Assicurazioni provvede al rimborso del noleggio di Apparecchiature Elettromedicali per Fisioterapia e Riabilitazione. Per noleggio di Apparecchiature Elettromedicali si intende il noleggio – a fini temporanei – di apparecchiature ed ausili elettromedicali, **esclusivamente finalizzati al recupero funzionale o alla terapia riabilitativa** di organi o arti compromessi da infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza.

Il noleggio è ammesso alla garanzia esclusivamente se: è prescritto preventivamente da un medico specialista che ne specifichi la diagnosi, la finalità terapeutica e la durata del trattamento; l'apparecchiatura è classificata come Dispositivo Medico (CE) ai sensi delle normative vigenti.

Sono tassativamente esclusi dall'indennizzo i costi di noleggio o acquisto di apparecchiature destinate a: trattamenti con finalità estetiche, cosmetiche o di rimodellamento corporeo, finalità puramente di benessere, relax, fitness o ottimizzazione

della performance sportiva (es. pedane vibranti non terapeutiche, massaggiatori generici), monitoraggio domiciliare ordinario o screening.

La garanzia è prestata per un massimo di 90 giorni successivi all'intervento chirurgico od alla data di termine del ricovero e con il massimo indennizzabile di 1.000 euro per annualità assicurativa.

● **Recupero da tossicodipendenza e alcolismo**

Fermo quanto previsto dall'articolo NC.10 - "Persone non assicurabili", se nel corso dell'assicurazione, l'Assicurato, immune da tossicodipendenza e alcolismo al momento della stipula della Polizza, viene colpito da intossicazione da stupefacenti o da alcolismo, Sara Assicurazioni corrisponde un indennizzo forfetario, "una tantum" (non ripetibile), pari a 2.500 euro, all'Assicurato che si sottopone a cure disintossicanti continuative presso Centri, Comunità di recupero o Istituti di cura regolarmente abilitati al recupero psicofisico dei tossicodipendenti e degli alcolisti.

● **Adattamento auto**

Se a seguito di infortunio, ne deriva un'invalidità permanente tale da richiedere interventi di adattamento all'autovettura per consentire all'Assicurato di continuare a guidare, Sara Assicurazioni rimborsa le relative spese sostenute nei 24 mesi successivi al sinistro.

La presente estensione:

- è valida se dall'infortunio è conseguita un'invalidità accertata superiore al 65%;
- è prestata fino a un massimo di 3.000 euro per sinistro.

Tale importo rappresenta il massimo esborso per singolo assicurato il quale potrà beneficiare di tale somma un'unica volta, solo per il primo adattamento. La valutazione delle percentuali di invalidità permanente è effettuata secondo le percentuali riportate nella "Tabella per la valutazione del grado di invalidità permanente da infortunio" di cui all'Allegato ALL-IN.2.

● **Adattamento casa**

Se a seguito di infortunio, ne deriva un'invalidità permanente tale da richiedere interventi di adattamento all'abitazione per consentire all'Assicurato di continuare ad abitarla, Sara Assicurazioni rimborsa le relative spese sostenute nei 24 mesi successivi al sinistro.

La presente estensione:

- è valida se dall'infortunio è conseguita un'invalidità accertata superiore al 65%;
- è prestata fino a un massimo di 10.000 euro per sinistro.

Tale importo rappresenta il massimo esborso per singolo assicurato il quale potrà beneficiare di tale somma un'unica volta, solo per il primo adattamento. La valutazione delle percentuali di invalidità permanente è effettuata secondo le percentuali riportate nella "Tabella per la valutazione del grado di invalidità permanente da infortunio" di cui all'Allegato ALL-IN.2.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

GA.3 – Esclusioni e limitazioni

Non sono previste ulteriori esclusioni oltre e quelle indicate nei precedenti articoli e quelle riportate all'articolo NC.11 – Esclusioni.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti (comuni a tutte le Formule)			
Garanzia	Scoperto %	Franchigia / Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Indennità di degenza sostitutiva	-	-	100 euro per ogni giorno di ricovero, per massimo 180 giorni per anno assicurativo
Spese per accompagnatore	-	-	50 euro al giorno, per massimo 30 giorni per ogni ricovero
Estensione patologie pandemiche - Terapia intensiva	-	-	Indennità forfettaria per convalescenza pari a 2.000 euro
Rimborso per abbonamenti o corsi non goduti	-	-	500 euro per anno assicurativo
Acquisto protesi ortopediche ed acquisto o noleggio ausili medico chirurgici	-	-	2.500 euro per anno assicurativo
Noleggio di Apparecchiature Elettromedicali per Fisioterapia e Riabilitazione	-	-	1.000 euro per anno assicurativo, per massimo 90 giorni successivi all'intervento chirurgico od alla data di termine del ricovero
Recupero da tossicodipendenza ed alcolismo	-	-	Indennità forfettaria una tantum pari a 2.500 euro
Adattamento auto		65% di invalidità permanente da infortunio	3.000 euro per sinistro (solo una volta per il primo adattamento)
Adattamento casa		65% di invalidità permanente da infortunio	10.000 euro per sinistro (solo una volta per il primo adattamento)

AD - ALTA DIAGNOSTICA E CURE FISIOTERAPICHE
La presente Sezione è ricompresa nelle Formule Ultra e Smart
La Formula Ultra e Smart sono da intendersi come Garanzia Base (vedasi Glossario)

Che cosa posso assicurare

AD.1 - Oggetto dell'assicurazione

Sara Assicurazioni, **alle condizioni e nei limiti previsti al successivo articolo AD.2.**, provvede all'indennizzo delle spese per:

- esami di alta diagnostica espressamente indicati
- cure fisioterapiche

Contro quali danni posso assicurarmi

AD.2 - Esami di Alta Diagnostica e cure fisioterapiche

AD.2.1 - Esami di Alta Diagnostica

Sara Assicurazioni, **in caso di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di Polizza**, anche in assenza di ricovero e/o intervento chirurgico, provvede all'indennizzo delle spese sostenute dall'Assicurato per i seguenti accertamenti di Alta Diagnostica:

- Angiografia
- Flebografia
- Scintigrafia
- Risonanza Magnetica Nucleare RMN
- Artrografia
- Broncografia
- Mammografia
- Mielografia
- Urografia
- Tomografia Ass.le Comp.ta TAC
- Arteriografia digitale
- Broncoscopia
- Cistografia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Ecocardiografia
- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Radionefrogramma
- Angiografia digitale
- Arteriografia digitale
- Diagnostica radiologica
- Ecografia
- Laser terapia
- Telecuore
- Gastroscoopia
- Rettoscopia
- Esofagogastroduodenoscopia
- EGDS (esofagogoscopia + gastroscopia + duodenoscopia)

Ai fini della indennizzabilità delle suddette spese è necessaria la prescrizione medica indicante la patologia o il dubbio diagnostico che giustificano l'accertamento.

Tali spese vengono indennizzate nei limiti e con le modalità previste dal successivo articolo AD.4 - Sottolimiti, scoperti e franchigie per esami di alta diagnostica", in base alla Formula prescelta dall'Assicurato.

Si intendono in ogni caso esclusi tutti gli accertamenti diagnostici odontoiatrici, ortodontici e gli esami diversi da quelli indicati.

AD.2.2 - Cure fisioterapiche

Se l'Assicurato, **a seguito di infortunio indennizzabile a termini di Polizza**, subisce l'applicazione di una **Gessatura** (vedasi definizione nel Glossario), Sara Assicurazioni provvede al rimborso delle spese per la fisioterapia successiva, sostenute nei **120 giorni successivi alla rimozione della gessatura**.

La presente garanzia opera anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero.

L'indennizzo viene corrisposto:

- entro l'importo massimo per annualità assicurativa di 1.500 euro;
- con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di 100 euro.

Il rimborso delle spese per fisioterapia è riconosciuto, **alle medesime condizioni suindicate**, anche in caso di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali - **purché clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografie o artroscopie** - trattate mediante immobilizzazione con tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni o stecche digitali che raggiungono le stesse finalità terapeutiche della gessatura.

Tale estensione è operante **a condizione che l'applicazione di tali mezzi sia stata prescritta da un Pronto Soccorso dipendente**

da presidio ospedaliero o, in caso di ricovero o di Day Hospital, nel corso della degenza da sanitari dell'Istituto di cura. La presente garanzia non opera se l'infortunio è stato trattato con collari (ad es. di Schanz, Colombari, Philadelphia), busti ortopedici, fasce elastiche in genere, bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "molli" e altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli indicati nel presente capoverso.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

AD.3 – Esclusioni

Non sono previste ulteriori esclusioni oltre e quelle indicate nei precedenti articoli e quelle riportate all'articolo NC.11 – Esclusioni.

AD.4 - Sottolimiti, scoperti e franchigie

La garanzia di cui al precedente articolo AD.2.1 - Esami di Alta Diagnostica viene indennizzata con le seguenti modalità, differenti a seconda della Formula prescelta:

Formula Ultra

Esami di Alta Diagnostica

Gli esami di Alta Diagnostica vengono indennizzati **nei limiti della somma assicurata annua di 5.000 euro.**

In particolare Sara Assicurazioni:

- 1) provvede al pagamento diretto delle spese sostenute per gli accertamenti diagnostici effettuati dall'Assicurato presso i Centri convenzionati, utilizzando medici specialistici convenzionati.

Gli accertamenti diagnostici devono essere presi in carico tramite la Struttura Organizzativa Salute.

L'indennizzo sarà effettuato con l'applicazione di una franchigia fissa di 30 euro per singola fattura.

- 2) se per l'effettuazione degli esami l'Assicurato ricorre al S.S.N., provvede al rimborso del 100% delle spese per ticket per gli esami diagnostici effettuati dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa;
- 3) se l'Assicurato, per l'effettuazione degli esami diagnostici, ricorre invece a medici specialisti e/o Centri non convenzionati, provvede al rimborso della fattura **con l'applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 50 euro per singola fattura.**

Formula Smart

Esami di Alta Diagnostica

Gli esami di Alta Diagnostica vengono indennizzati **nei limiti della somma assicurata annua di 3.000 euro.**

In particolare Sara Assicurazioni:

- 1) provvede al pagamento diretto delle spese sostenute per gli accertamenti diagnostici effettuati dall'Assicurato presso i Centri convenzionati, utilizzando medici specialistici convenzionati.

Gli accertamenti diagnostici devono essere presi in carico tramite la Struttura Organizzativa Salute.

L'indennizzo sarà effettuato con l'applicazione di una franchigia fissa di 30 euro per singola fattura.

- 2) se per l'effettuazione degli esami l'Assicurato ricorre al S.S.N., provvede al rimborso del 100% delle spese per ticket per gli esami diagnostici effettuati dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa;
- 3) se l'Assicurato, per l'effettuazione degli esami diagnostici, ricorre invece a medici specialisti e/o Centri non convenzionati, provvede al rimborso della fattura **con l'applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 50 euro per singola fattura.**

Scheda riepilogativa

per la voce: **Esami di Alta Diagnostica di cui all'articolo AD.2.1 – Esami di Alta Diagnostica**

Formula	Somme assicurate	In convenzione	Fuori convenzione
ULTRA	5.000 euro per anno assicurativo	Preso in carico della prestazione con applicazione di una franchigia fissa di 30 euro per singola fattura	Rimborso con applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 50 euro; Rimborso Ticket SSN 100%
SMART	3.000 euro per anno assicurativo	Preso in carico della prestazione con applicazione di una franchigia fissa di 30 euro per singola fattura	Rimborso con applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 50 euro; Rimborso Ticket SSN 100%

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti (comuni a tutte le Formule)			
Garanzia	Scoperto %	Franchigia / Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Cure fisioterapiche	10	100	1.500 euro per anno assicurativo

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti (valida per la formula ULTRA)			
Esami Alta Diagnostica presso Centri convenzionati	-	30 euro per fattura	5.000 euro per anno assicurativo
Esami Alta Diagnostica presso medici specialisti e/o Centri non convenzionati	25	50 euro per fattura	

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti (valida per la formula SMART)			
Esami Alta Diagnostica presso Centri convenzionati	-	30 euro per fattura	3.000 euro per anno assicurativo
Esami Alta Diagnostica presso medici specialisti e/o Centri non convenzionati	25	50 euro per fattura	

VE – SEZIONE VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI

La presente Sezione è compresa nella sola Formula Ultra
da intendersi come Garanzia Base (vedasi Glossario)

Che cosa posso assicurare

VE.1 - Oggetto dell'assicurazione

Sara Assicurazioni provvede all'indennizzo delle spese per visite specialistiche ed esami diagnostici **nei limiti e nei termini previsti dalla presente Sezione e dalle condizioni che regolano la Formula di garanzia (Ultra)** scelta dall'Assicurato.

Contro quali danni posso assicurarmi

VE.2 – Visite specialistiche ed esami diagnostici

In caso di **malattia o di infortunio indennizzabili a termini di Polizza**, sono comprese in copertura le visite specialistiche e gli esami diagnostici, anche in assenza di ricovero e/o intervento chirurgico, **purché vi sia una prescrizione medica indicante la patologia o il dubbio diagnostico.**

Tali spese sono indennizzate **nei limiti e con le modalità previste al successivo articolo VE.4.**

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

VE.3 – Esclusioni

In aggiunta alle esclusioni di cui all'articolo NC.11 – Esclusioni, si prende atto che dalla presente Sezione si intendono escluse le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.

VE.4 - Sottolimiti, scoperti e franchigie

Le Visite specialistiche ed Esami diagnostici vengono indennizzati **secondo le seguenti modalità.**

a) Visite specialistiche

- 1) Se la visita specialistica è effettuata dall'Assicurato presso i Centri Convenzionati utilizzando medici specialisti convenzionati, Sara Assicurazioni provvede al loro pagamento diretto.

Le visite specialistiche devono essere prese in carico tramite la Struttura Organizzativa Salute. L'indennizzo sarà effettuato con applicazione di una franchigia fissa di 30 euro per singola fattura.

- 2) Se la visita specialistica è effettuata dall'Assicurato tramite il S.S.N., Sara Assicurazioni provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese sostenute per ticket.
- 3) Se la visita specialistica è effettuata presso medici specialisti e/o Centri non convenzionati, Sara Assicurazioni provvede al rimborso della fattura **con applicazione di una franchigia fissa di 50 euro per singola fattura.**

Le visite specialistiche sono indennizzate nel limite della somma assicurata di 2.500 euro per annualità assicurativa.

b) Esami diagnostici

- 1) Se l'esame diagnostico è effettuato dall'Assicurato presso i Centri Convenzionati utilizzando medici specialisti convenzionati, Sara Assicurazioni provvede al loro pagamento diretto.

Gli esami diagnostici devono essere presi in carico tramite la Struttura Organizzativa Salute.

L'indennizzo sarà effettuato con applicazione di una franchigia fissa di 30 euro per singola fattura.

- 2) Se l'esame diagnostico viene effettuato dall'Assicurato tramite il S.S.N., Sara Assicurazioni provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese sostenute per ticket.
- 3) Se l'esame diagnostico è effettuato presso medici specialisti e/o Centri non convenzionati, Sara Assicurazioni provvede al rimborso della fattura **con applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 50 euro per singola fattura.**

Gli esami diagnostici sono indennizzati nel limite della somma assicurata di 2.500 euro per annualità assicurativa.

Scheda riepilogativa

Per la voce: Visite specialistiche ed esami diagnostici di cui all'articolo VE.2 – Visite specialistiche ed esami diagnostici

Formula	Somme assicurate	In convenzione	Fuori convenzione
ULTRA	2.500 euro	Visite specialistiche Presa in carico della prestazione con applicazione franchigia fissa di 30 euro per singola fattura	Visite specialistiche Rimborso con franchigia fissa di 50 euro Rimborso Ticket SSN: 100%
	2.500 euro	Esami diagnostici Presa in carico della prestazione con applicazione franchigia fissa di 30 euro per singola fattura	Esami diagnostici Rimborso con scoperto del 25% con un minimo di 50 euro per singola fattura Rimborso Ticket SSN 100%

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti				
Garanzia		Scoperto %	Franchigia / Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Visite specialistiche	presso Centri convenzionati	-	30 euro	2.500 euro per anno assicurativo
	presso Centri non convenzionati	-	50 euro	
Esami diagnostici	presso Centri convenzionati	-	30 euro	2.500 euro per anno assicurativo
	presso Centri non convenzionati	25	50 euro	

FC - FORMULA COMFORT

La presente Sezione coincide con la Formula Comfort ed è da intendersi come Garanzia Base (vedasi Glossario)

La Formula Comfort, costituita dalla presente Sezione, opera soltanto se è stata acquistata e se è riportata sulla Scheda di polizza. Si tratta di una Formula alternativa alle altre Formule previste dal prodotto, ovvero alle Formule Ultra, Smart. Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche. Quindi, se viene acquistata la Formula Comfort non è possibile acquistare nessuna delle altre Formule.

La Formula Comfort comprende le seguenti garanzie:

- Visite specialistiche
- Esami diagnostici
- Spese pre e post ricovero
- Indennità di degenza, convalescenza e gessatura

Tutte le garanzie indicate sono automaticamente operanti, alle condizioni illustrate di seguito, con l'acquisto della Formula Comfort.

Che cosa posso assicurare

FC.1 - Oggetto dell'assicurazione

Sara Assicurazioni, nei limiti e nei termini previsti dalla presente Formula scelta dall'Assicurato, provvede all'indennizzo delle spese:

- per visite specialistiche
- per esami diagnostici
- pre e post ricovero.

Inoltre, Sara Assicurazioni corrisponde un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero e di successiva convalescenza in conseguenza di infortunio o malattia **indennizzabili a termini della presente Polizza**.

Se l'Assicurato a seguito di **infortunio indennizzabile a termini di Polizza**, subisce l'applicazione di gessatura, Sara Assicurazioni provvede al pagamento di un'indennità giornaliera per ogni giorno di gessatura.

Contro quali danni posso assicurarmi

FC.2 - Visite specialistiche

In caso di **malattia o di infortunio indennizzabili a termini di Polizza**, sono comprese in copertura le visite specialistiche, anche in assenza di ricovero e/o intervento chirurgico, **purché vi sia una prescrizione medica indicante la patologia o il dubbio diagnostico**. Tali spese sono indennizzate **nei limiti e con le modalità previste al successivo articolo FC.7, lettera a)**.

Si intendono in ogni caso escluse le visite odontoiatriche ed ortodontiche e le visite correlate a gravidanza, gravidanza a rischio e parto (naturale o cesareo).

FC.3 - Esami diagnostici

Sara Assicurazioni, **in caso di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di Polizza**, anche in assenza di ricovero e/o intervento chirurgico, provvede all'indennizzo delle spese sostenute dall'Assicurato per gli esami diagnostici.

Ai fini della indennizzabilità delle suddette spese, è necessaria la prescrizione medica indicante la patologia o il dubbio diagnostico che giustificano l'esame.

Tali spese vengono indennizzate nei limiti e con le modalità previste dal successivo articolo FC.7, lettera b).

Si intendono in ogni caso esclusi gli esami diagnostici odontoiatrici ed ortodontici e gli esami correlati a gravidanza, gravidanza a rischio e parto (naturale o cesareo).

FC.4 - Spese pre e post ricovero

Sara Assicurazioni **in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, determinato da malattia o da infortunio che risulta in garanzia a termini di Polizza**, rimborsa le seguenti spese, **inerenti il ricovero**, sostenute dall'Assicurato:

- **nei 120 giorni precedenti** 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 euro per anno assicurativo**.
- **nei 120 giorni successivi** 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.

Tali spese vengono indennizzate nei limiti e con le modalità previste dal successivo articolo FC.7, lettera c).

Sono escluse le spese correlate a ricoveri per gravidanza, gravidanza a rischio e parto (naturale o cesareo).

FC.5 - Indennità di degenza, convalescenza e gessatura

Se l'Assicurato è ricoverato in Istituto di cura **in conseguenza di malattia o infortunio indennizzabili a termini di Polizza**, Sara Assicurazioni provvede al pagamento di un'indennità giornaliera di degenza.

Sono esclusi i ricoveri correlati a gravidanza, gravidanza a rischio e parto (naturale o cesareo).

L'entità dell'indennità giornaliera dipende dalla Formula di garanzia (Formula "50" o "100" euro) prescelta da ciascun Assicurato e indicata sulla Scheda di polizza. Per maggiori dettagli, si riporta di seguito la "Tabella indennità di degenza, convalescenza e gessatura".

Tabella indennità di degenza, convalescenza e gessatura

Giorni di ricovero consecutivi	Formula "50"	Formula "100"
Fino a 11	50 euro	100 euro
Da 12 a 20	80 euro	160 euro
Da 21 a 44	100 euro	200 euro
Da 45 a 180	150 euro	300 euro
Indennità di gessatura	50 euro	75 euro

Tali somme assicurate rappresentano per Sara Assicurazioni il limite massimo di esposizione cui essa è tenuta in relazione a ciascun Assicurato e ad ogni singola annualità assicurativa.

L'indennità giornaliera di degenza viene riconosciuta per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa. Se il ricovero è determinato da terapie oncologiche la durata massima è ridotta a 30 giorni per annualità assicurativa.

L'indennità spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermo il limite di indennizzo sopra riportato.

Ai fini del calcolo dell'indennizzo il primo giorno di ricovero e il giorno di dimissione sono considerati un unico giorno.

Per la convalescenza successiva a ricovero dell'Assicurato **indennizzabile a termini di Polizza**, Sara Assicurazioni **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 a una volta e mezzo quelli calcolati per l'indennità di degenza.

L'indennità giornaliera di convalescenza viene riconosciuta per una durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa.

Se un infortunio **indennizzabile** determina l'applicazione di "Gessatura" (vedi Glossario), Sara Assicurazioni provvede al pagamento per ogni giorno di gessatura di un'indennità giornaliera **pari all'importo indicato nella "Tabella indennità di degenza, convalescenza e gessatura" riportata sopra.** Tale indennità viene corrisposta 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.**

In caso di frattura radiologicamente diagnosticata che non prevede l'applicazione di gessatura (vedi Glossario) ma che richiede per l'Assicurato la necessità, certificata da documentazione medica, di immobilizzazione a letto, Sara Assicurazioni provvede al pagamento dell'indennità di gessatura pattuita **per una durata prefissata di 20 giorni.** In caso di frattura di coste (o costole) è necessario, **per l'applicazione del presente disposto, che la frattura interessi almeno due coste (o costole).**

L'indennità di cui al presente articolo è riconosciuta anche in caso di fratture ossee, lesioni capsulari, o rotture legamentose complete o parziali - **se clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografie o artroscopie** - trattate mediante immobilizzazione con tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni o stecche digitali che raggiungono le stesse finalità terapeutiche della gessatura.

L'indennità è corrisposta:

- **a condizione che l'applicazione tali mezzi sia stata prescritta da un Pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero;**
- **per un numero di giorni pari a quelli prescritti con il massimo di 40 giorni per annualità assicurativa.**

Sono sempre esclusi dalla garanzia di cui al presente articolo, i collari (ad es. di Schanz, Colombari, Philadelphia), i busti ortopedici, le fasce elastiche in genere, i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "mollì" ed altri mezzi di semplice sostegno o contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli indicati nel presente capoverso.

FC.5.1 - Ricovero del coniuge non assicurato

In caso di ricovero contestuale dell'Assicurato e del coniuge non assicurato, **determinato dallo stesso evento causato da malattia o infortunio indennizzabili a termini di Polizza**, Sara Assicurazioni corrisponde al coniuge non assicurato **un'indennità di degenza uguale a quella dell'Assicurato per ogni giorno di ricovero.**

Ai fini della operatività della presente estensione, è necessario che il coniuge non assicurato sia ricoverato per almeno 10 giorni consecutivi.

L'indennità al coniuge non assicurato viene riconosciuta fino a un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa. Il presente disposto non si applica alle garanzie:

- **Indennità di convalescenza e Indennità di gessatura (articolo FC.5);**
- **Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio che determini una invalidità permanente grave (articolo FC.5.2);**
- **Indennità di degenza per donatore (articolo FC.5.3);**
- **Indennità per spese di vitto e alloggio per accompagnatore (articolo FC.5.4).**

FC.5.2 - Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio con invalidità permanente grave

In caso di ricovero causato da infortunio indennizzabile a termini di Polizza **che determina un'invalidità permanente superiore al 66%** (secondo i criteri di cui all'Allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n° 1124 T.U.), Sara Assicurazioni corrisponde una maggiorazione del 100% sugli importi assicurati per Indennità di degenza **per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa.**

La maggiorazione viene corrisposta sulla sola Indennità di degenza.

FC.5.3 - Indennità di degenza per donatore

In caso di trapianto di midollo osseo, organi o parti di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, Sara Assicurazioni provvede al pagamento all'Assicurato per ogni giorno di ricovero, di un'indennità di degenza determinata come da precedente articolo FC.5 - Indennità di degenza, convalescenza e gessatura.

FC.5.4 - Indennità per spese di vitto e alloggio per accompagnatore

In caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, **indennizzabile a termini di Polizza**, Sara Assicurazioni provvede al rimborso delle spese per vitto e pernottamento di un accompagnatore, presso l'Istituto di cura, **entro l'importo giornaliero di 50 euro, per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

FC.6 - Esclusioni

Non sono previste ulteriori esclusioni oltre quelle indicate nei precedenti articoli e quelle riportate all'articolo NC.11 – Esclusioni.

FC.7 - Sottolimiti, scoperti e franchigie

a) Visite specialistiche

Se la visita specialistica è effettuata dall'Assicurato presso i Centri Convenzionati utilizzando medici specialisti convenzionati, Sara Assicurazioni provvede al loro pagamento diretto.

Le visite specialistiche devono essere prese in carico tramite la Struttura Organizzativa Salute. L'indennizzo sarà effettuato con applicazione di una franchigia fissa di 30 euro per singola fattura.

Se la visita specialistica è effettuata dall'Assicurato tramite il S.S.N., Sara Assicurazioni provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese sostenute per ticket.

Se la visita specialistica è effettuata presso medici specialisti e/o Centri non convenzionati, Sara Assicurazioni provvede al rimborso della fattura **con applicazione di una franchigia fissa di 50 euro per singola fattura.**

Le visite specialistiche sono indennizzate nel limite della somma assicurata di 2.000 euro per annualità assicurativa.

b) Esami diagnostici

Se l'esame diagnostico è effettuato dall'Assicurato presso i Centri Convenzionati utilizzando medici specialisti convenzionati, Sara Assicurazioni provvede al loro pagamento diretto.

Gli esami diagnostici devono essere presi in carico tramite la Struttura Organizzativa Salute. L'indennizzo sarà effettuato con applicazione di una franchigia fissa di 30 euro per singola fattura.

Se l'esame diagnostico viene effettuato dall'Assicurato tramite il S.S.N., Sara Assicurazioni provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese sostenute per ticket.

Se l'esame diagnostico è effettuato presso medici specialisti e/o Centri non convenzionati, Sara Assicurazioni provvede al rimborso della fattura **con applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 50 euro per singola fattura.**

Gli esami diagnostici sono indennizzati nel limite della somma assicurata di 2.000 euro per annualità assicurativa.

c) Spese pre e post ricovero

Le spese pre e post ricovero sono indennizzate nel limite della somma assicurata di 1.500 euro per annualità assicurativa.

d) Indennità di degenza, convalescenza e gessatura

Il limite massimo di esposizione cui Sara Assicurazioni è tenuta in relazione a ciascun Assicurato e ad ogni singola annualità assicurativa dipende dalla Formula di garanzia (Formula "50" o "100" euro) prescelta da ciascun Assicurato, secondo quanto riportato nella "Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura" di cui all'articolo FC.5 - Indennità di degenza, convalescenza e gessatura.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti			
Garanzia	Scoperto %	Franchigia / Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Visite specialistiche	-	30 euro nei Centri Convenzionati; 50 euro nei Centri non convenzionati	2.000 euro per annualità assicurativa
Esami diagnostici	25% nei Centri non convenzionati	30 euro nei Centri Convenzionati; 50 euro nei Centri non convenzionati	2.000 euro per annualità assicurativa
Spese pre e post ricovero	-	-	1.500 euro per annualità assicurativa
Spese pre e post ricovero - Trasporto in autoambulanza presso l'Istituto di cura	-	-	300 euro per annualità assicurativa
Indennità di degenza, convalescenza e gessatura	-	-	180 giorni per annualità assicurativa
Indennità di degenza - Terapie oncologiche	-	-	30 giorni
Indennità di convalescenza	-	-	100 giorni con indennità pari al 50% della somma assicurata per la degenza
Indennità di gessatura	-	-	40 giorni
Indennità di gessatura - frattura radiologicamente diagnosticata, senza gessatura ma con immobilizzazione a letto	-	-	20 giorni
Ricovero del coniuge non assicurato	-	9 giorni	30 giorni per anno assicurativo
Maggiorazione indennità di degenza	--	66% invalidità	100 giorni per anno assicurativo
Indennità per accompagnatore	-	-	30 giorni entro il massimo di 50 euro al giorno

GI - SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E MALATTIE ONCOLOGICHE

Che cosa posso assicurare

GI.1 - Oggetto dell'assicurazione

Sara Assicurazioni provvede all'indennizzo delle spese di cura sostenute **a seguito di:**

- intervento chirurgico, **qualificabile come "Grande Intervento Chirurgico"** che rientra **esclusivamente nell'elenco allegato** (Allegato ALL-GI.1), effettuato in regime di ricovero;
- ricoveri in Istituti di cura con o senza intervento chirurgico, anche in day hospital o in day surgery, **resi necessari da malattia oncologica**.

Contro quali danni posso assicurarmi

GI.2 - Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche (Garanzia Base)

a) Intervento chirurgico e ricovero

Sara Assicurazioni **in caso di:**

- **intervento chirurgico, di cui al precedente articolo GI.1, qualificabile come "Grande Intervento chirurgico"**
- **ricovero conseguente a malattia oncologica che risulta in garanzia a termini di Polizza nei limiti di quanto previsto agli articoli NCA.2 - "Somma Assicurata" e GI.5 - "Sottolimiti, scoperti e franchigie"**, indennizza le seguenti spese inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico:
 - diritti di sala operatoria, materiali di intervento, 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 e infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, relativamente al periodo del ricovero;
 - rette di degenza.

b) Spese pre e post ricovero e intervento chirurgico

Sara Assicurazioni, **nei casi previsti al precedente punto a)**, provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato **nei limiti previsti all'articolo GI.5 - "Sottolimiti, scoperti e franchigie" per:**

- **nei 150 giorni precedenti** all'intervento chirurgico o 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 euro per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato a 6.000 euro se il trasporto avviene in eliambulanza (tale importo è previsto solo per questa prestazione).**
- **nei 150 giorni successivi** all'intervento chirurgico o alla data di termine del ricovero:
 - fisioterapia e trattamenti rieducativi
 - cure termali (**escluse spese alberghiere**)
 - prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche
 - esami diagnostici e visite specialistiche
 - medicinali

c) Spese per chirurgia plastica e stomatologica ricostruttiva

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 un infortunio documentato che abbia comportato un Grande Intervento o da malattie oncologiche (cancro), indennizzabili in base alla presente Sezione.

d) Malattia oncologica

In caso di malattia oncologica, oltre a quanto indicato alle precedenti lettere a) e b), Sara Assicurazioni rimborsa entro **il limite di 15.000 euro per persona e 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 all'articolo GI.5 - "Sottolimiti, scoperti e franchigie"** le spese per visite specialistiche e per le terapie che agiscono sull'organismo per attaccare le cellule tumorali (a titolo esemplificativo: chemioterapia, radioterapia, immunoterapia) rese necessarie dalla malattia oncologica. Ai fini della indennizzabilità di tali spese, è necessario che siano state sostenute nei due anni successivi alla data di fine 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. Tali spese sono rimborsate entro il sottolimito per anno assicurativo di 6.000 euro.**

Per i farmaci ad uso antitumorale, ricompresi nei precedenti punti, se **prescrivibili dal Servizio Sanitario Nazionale**, è rimborsato l'eventuale ticket.

GI.3 - Garanzie Aggiuntive sempre operanti

GI.3.1 - Spese per accompagnatore

In caso di ricovero dell'Assicurato presso un Centro convenzionato, **causato da malattia o infortunio indennizzabili a termini della presente Polizza**, Sara Assicurazioni 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 o infortunio, indennizzabili a termini della presente Sezione, Sara Assicurazioni provvede al rimborso all'Assicurato delle spese sostenute per rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore.

Il rimborso viene corrisposto con un sottolimito giornaliero di 50 euro, per un massimo di 30 giorni per ogni ricovero.

GI.3.2 - Spese di trapianto

In caso di trapianto di organi o parte di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, nel limite del **massimale per annualità assicurativa di 5.000 euro**, Sara Assicurazioni rimborsa tutte le relative spese per il prelievo, per il ricovero, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica e infermieristica, l'intervento chirurgico di espanto, le cure, i medicinali, le rette di degenza, le spese per il trasporto degli organi o parte di essi.

In caso di trapianto effettuato sull'Assicurato, **nei limiti del massimale suindicato**, Sara Assicurazioni provvede al rimborso delle spese sopra riportate relative all'intervento sul donatore vivente.

GI.3.3 - Indennità di degenza sostitutiva

In caso di ricovero in un Istituto di cura, **in conseguenza di malattia o infortunio indennizzabili a termini della presente Polizza**, l'Assicurato può chiedere in sostituzione integrale del pagamento diretto o del rimborso delle spese previste agli articoli:

- GI.2 - "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche" (tutte le lettere);
- GI.3.1 - "Spese per accompagnatore";
- GI.3.2 - "Spese di trapianto";

il pagamento di un'indennità giornaliera di 100 euro per ogni giorno di ricovero, per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa.

Tale indennità **spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati.**

Sara Assicurazioni, **a termini di quanto precede e negli stessi limiti**, corrisponde l'indennità suddetta anche in caso di ricovero in "day hospital" per malattie oncologiche.

GI.3.4 - Spese di trasporto per terapie oncologiche

Se l'Assicurato, per sottoporsi a terapie oncologiche, è costretto a rivolgersi a Strutture sanitarie **al di fuori della propria provincia e distanti più di 50 km dal proprio domicilio abituale**, Sara Assicurazioni rimborsa **le spese di trasporto documentate ed effettivamente sostenute** dall'Assicurato per raggiungere la Struttura sanitaria.

Si precisa che per terapie oncologiche si intendono quelle terapie che agiscono sull'organismo per attaccare le cellule tumorali (a titolo esemplificativo: chemioterapia, radioterapia, immunoterapia).

Sara Assicurazioni provvede al rimborso per un importo massimo di 300 euro per sinistro e annualità assicurativa.

Non sono oggetto di rimborso:

- le spese di trasporto per spostamenti non effettivamente avvenuti;
- le spese di trasporto che costituiscono oggetto, a vario titolo, di rimborso da parte di altre Aziende.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

GI.4 - Esclusioni

Non sono previste ulteriori esclusioni oltre e quelle suindicate e quelle riportate all'articolo NC.11 – Esclusioni.

GI.5 - Sottolimiti, scoperti e franchigie

La garanzia di cui al precedente articolo GI.2 - "Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche" viene indennizzata con le seguenti modalità:

1. Grandi Interventi chirurgici o ricovero/interventi chirurgici per malattia oncologica effettuati nei Centri Convenzionati

Sara Assicurazioni provvede al "pagamento diretto" al Centro Convenzionato delle spese previste all'articolo GI.2 - "Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche", lett. a) e c) ed al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lettera b).

2. Grandi Interventi chirurgici o ricoveri/interventi chirurgici per malattia oncologica effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati

Sara Assicurazioni provvede al rimborso delle spese previste alla lettera b) dell'articolo GI.2 - "Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche". Limitatamente alle spese di cui alle lettere a) e c), il rimborso è effettuato con **applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo non indennizzabile di 1.500 euro e un massimo non indennizzabile di 5.000 euro.**

3. Grandi Interventi chirurgici o ricoveri/interventi chirurgici per malattia oncologica effettuati in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Se l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero vuole ricorrere a un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, Sara Assicurazioni provvede:

- all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) e c) dell'articolo GI.2 - "Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche" pagando direttamente le spese del Centro Convenzionato;
- 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 euro.**

Sara Assicurazioni provvede al "pagamento diretto" o al rimborso delle spese previste alla lett. b).

Quanto previsto dal presente punto 3. non si applica in caso di interventi ambulatoriali, ricoveri ed interventi chirurgici che non prevedono spese per la Casa di Cura.

GI.6 - Opzioni franchigia nei Centri convenzionati

L'Assicurato può scegliere di applicare, **limitatamente al caso di ricorso ai Centri convenzionati**, una franchigia diversa da quella prevista al precedente articolo GI.5.

In particolare, se sulla Scheda di polizza è riportata l'indicazione "Franchigia nei Centri convenzionati", a **parziale rettifica dell'articolo GI.5 Sara Assicurazioni provvede al "pagamento diretto" delle spese dovute al Centro Convenzionato al netto di una franchigia di 1.000 euro.**

Rimangono in ogni caso invariate le modalità e i criteri di indennizzo nelle altre fattispecie.

Esempio di liquidazione indennizzo Grandi interventi e malattie oncologiche	
Problema clinico: intervento di Resezione costali (intervento rientrante nell'elenco dei Grandi Interventi, vedasi ALL-GI.1) Costo complessivo: 15.000 euro così suddiviso: - 8.500 euro per diritti di sala, rette di degenza, ecc. (voci di costo dell'Istituto di cura); - 4.500 euro per onorari del chirurgo (voci di costo dell'equipe medica); - 2.000 euro suddivisi tra spese sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico per esami diagnostici e prestazioni infermieristiche. L'importo dell'indennizzo sarà differente a seconda della modalità con cui viene erogata la prestazione sanitaria:	Importo liquidabile
1. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati - Le spese per intervento chirurgico (Istituto di cura+equipe medica) vengono indennizzate totalmente mediante presa in carico diretta della prestazione; - Le altre spese sono indennizzate mediante il loro rimborso o presa in carico.	15.000 euro
2. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Le spese per intervento chirurgico (Istituto di cura+equipe medica) vengono indennizzate al netto di uno scoperto del 10% con un minimo di 1.500 euro: 13.000 euro – 1.500 euro= 11.500; - Le altre spese sono indennizzate mediante rimborso.	13.500 euro
3. Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati - Le spese dell'Istituto di cura sono interamente indennizzate mediante presa in carico diretta della prestazione; - Le spese per equipe medica vengono indennizzate al netto di uno scoperto del 10%: 4.500 euro – 450 euro= 4.050 euro (a rimborso); - Le altre spese indennizzate mediante rimborso o presa in carico.	14.550 euro

Esempio di liquidazione indennizzo Grandi interventi e malattie oncologiche con Opzione “Franchigia Centri convenzionati”	
Problema clinico: intervento di Resezione costali (intervento rientrante nell'elenco dei Grandi Interventi, vedasi ALL-GI.1) Costo complessivo: 15.000 euro così suddiviso: - 8.500 euro per diritti di sala, rette di degenza, ecc. (voci di costo dell'Istituto di cura); - 4.500 euro per onorari del chirurgo (voci di costo dell'equipe medica); - 2.000 euro suddivisi tra spese sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico per esami diagnostici e prestazioni infermieristiche. L'importo dell'indennizzo sarà differente a seconda della modalità con cui viene erogata la prestazione sanitaria:	Importo liquidabile
1. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati - Le spese per intervento chirurgico (Istituto di cura+equipe medica) vengono indennizzate mediante presa in carico diretta della prestazione al netto della franchigia di 1.000 euro; - Le altre spese sono indennizzate mediante il loro rimborso o presa in carico.	14.000 euro
2. Interventi chirurgici e ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati - Le spese per intervento chirurgico (Istituto di cura+equipe medica) vengono indennizzate al netto di uno scoperto del 10% con un minimo di 1.500 euro: 13.000 euro – 1.500 euro= 11.500; - Le altre spese sono indennizzate mediante il loro rimborso.	13.500 euro
3. Interventi chirurgici in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati - Le spese dell'Istituto di cura sono interamente indennizzate mediante presa in carico diretta della prestazione al netto della franchigia fissa di 1.000 euro; - Le spese per equipe medica vengono indennizzate al netto di uno scoperto del 10%: 4.500 euro – 450 euro= 4.050 euro (a rimborso); - Le altre spese indennizzate mediante il loro rimborso o presa in carico.	13.550 euro

GI.7 - Infortuni all'estero

Se a seguito di un infortunio subito mentre si trova all'estero e certificato dal Pronto Soccorso locale, le condizioni dell'Assicurato – comprovate da documentazione medica – sono tali da rendere necessario **il ricovero e/o un intervento chirurgico nello stato estero in cui si trova**, Sara Assicurazioni, **in caso di indennizzabilità ai sensi della presente Polizza**, provvede 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 San Marino.

Scheda riepilogativa

per la garanzia Grandi interventi e malattie oncologiche, articolo GI.2 - Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche

Formula	Centro convenzionato	Centro non convenzionato	Centro convenzionato / Equipe medica non convenzionata
Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche	Preso in carico per le spese previste alle lettere a) e c) dell'articolo GI.2. Se selezionata Opzione franchigia, applicazione di una franchigia di 1.000 euro. Rimborso o pagamento diretto per le spese previste alla lettera b) dell'articolo GI.2.	Rimborso per le spese previste alle lettere a) e c) dell'articolo GI.2. con scoperto 10% minimo non indennizzabile 1.500 euro (con il massimo a carico del cliente di 5.000 euro). Rimborso per le spese previste alla lettera b) dell'articolo GI.2.	Preso in carico delle spese di competenza dell'Istituto di cura; Se selezionata Opzione franchigia, applicazione di una franchigia di 1.000 euro Rimborso spese per equipe medica con scoperto 10% (con il massimo a carico del cliente di 5.000 euro). Rimborso o pagamento diretto per le spese previste alla lettera b) dell'articolo GI.2.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti			
Garanzia	Scoperto %	Franchigia / Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Trasporto in autoambulanza presso l'Istituto di cura	-	-	300 euro per anno assicurativo
Trasporto in eliambulanza presso l'Istituto di cura	-	-	6.000 euro, per anno assicurativo
Malattia oncologica	-	-	15.000 euro, per persona e anno assicurativo
Malattia oncologica - Spese per assistenza infermieristica a domicilio	-	-	6.000 euro per anno assicurativo
Spese per accompagnatore - Ricovero dell'Assicurato presso un Istituto di cura pubblico o privato non convenzionato	-	-	50 euro al giorno per massimo 30 giorni per ogni ricovero
Spese di trapianto	-	-	5.000 euro per anno assicurativo
Indennità di degenza sostitutiva	-		100 euro per ogni giorno di ricovero, per massimo 180 giorni per anno assicurativo
Grandi Interventi chirurgici o ricovero/interventi chirurgici per malattia oncologica effettuati nei Centri Convenzionati	-	-	Somma assicurata (1.000.000 euro)
Grandi Interventi chirurgici o ricoveri/interventi chirurgici per malattia oncologica effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati	10%	minimo non indennizzabile 1.500 euro e massimo non indennizzabile 5.000 euro	Somma assicurata (500.000 euro)
Grandi Interventi chirurgici o ricoveri/interventi chirurgici per malattia oncologica effettuati in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato non convenzionati	10%	massimo non indennizzabile 5.000 euro	

DC - SEZIONE INDENNITA' DI DEGENZA, CONVALESCENZA E GESSATURA

Che cosa posso assicurare

DC.1 – Oggetto dell'assicurazione

Sara Assicurazioni corrisponde un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero e di successiva convalescenza in conseguenza di infortunio, malattia o parto **indennizzabili a termini della presente Polizza**.

Inoltre, se l'Assicurato a seguito di **infortunio indennizzabile a termini di Polizza**, subisce l'applicazione di gessatura, Sara Assicurazioni provvede al pagamento di un'indennità giornaliera per ogni giorno di gessatura.

Contro quali danni posso assicurarmi

DC.2 - Indennità di degenza, convalescenza e gessatura (Garanzia Opzionale)

La garanzia comprende quanto sotto riportato.

DC.2.1 - Indennità di degenza

Se l'Assicurato è ricoverato in Istituto di cura **in conseguenza di malattia, infortunio o parto indennizzabili a termini di Polizza**, Sara Assicurazioni provvede al pagamento di un'indennità giornaliera di degenza.

L'entità dell'indennità giornaliera dipende dalla Formula di garanzia (Formula "25", "50", "100" euro) prescelta da ciascun Assicurato e indicata sulla Scheda di polizza.

Le Formule di garanzia previste sono descritte al successivo articolo "DC.5 – Formule somme assicurate".

L'indennità giornaliera di degenza viene riconosciuta per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa.

Se il ricovero è determinato da terapie oncologiche la durata massima è ridotta a 30 giorni per annualità assicurativa.

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

Ai fini del calcolo dell'indennizzo il primo giorno di ricovero e il giorno di dimissione sono considerati un unico giorno.

DC.2.2 - Indennità di convalescenza

Per la convalescenza successiva a ricovero dell'Assicurato **indennizzabile a termini di Polizza**, Sara Assicurazioni **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 a una volta e mezzo quelli calcolati per l'indennità di degenza a termini del precedente articolo.

L'indennità giornaliera di convalescenza viene riconosciuta per una durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa.

DC.2.3 - Indennità di gessatura

La garanzia Indennità da gessatura opera nelle seguenti modalità.

- a) Se un infortunio **indennizzabile** determina l'applicazione di "Gessatura" (vedi Glossario), Sara Assicurazioni provvede al pagamento per ogni giorno di gessatura di un'indennità giornaliera pari **all'importo indicato nella "Tabella indennità di degenza, convalescenza e gessatura" riportata al successivo articolo DC.5 – Formule e somme assicurate**. Tale indennità viene corrisposta 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.**
- b) In caso di frattura radiologicamente diagnosticata che non prevede l'applicazione di gessatura (vedi Glossario) ma che richiede per l'Assicurato la necessità, certificata da documentazione medica, di immobilizzazione a letto, Sara Assicurazioni provvede al pagamento dell'indennità di gessatura pattuita **per una durata prefissata di 20 giorni**. In caso di frattura di coste (o costole) è necessario, **per l'applicazione del presente disposto, che la frattura interessi almeno due coste (o costole).**
- c) L'indennità di cui al presente articolo è riconosciuta anche in caso di fratture ossee, lesioni capsulari, o rotture legamentose complete o parziali - **se clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografie o artroscopie** - trattate mediante immobilizzazione con tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni o stecche digitali che raggiungono le stesse finalità terapeutiche della gessatura.

L'indennità è corrisposta:

- a condizione che l'applicazione tali mezzi sia stata prescritta da un Pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero o, in caso di ricovero o di Day Hospital, nel corso della degenza, da sanitari dell'Istituto di cura;
- per un numero di giorni pari a quelli prescritti con il massimo di 40 giorni per annualità assicurativa.

Sono sempre esclusi dalla garanzia di cui al presente articolo, i collari (ad es. di Schanz, Colombari, Philadelphia), i busti ortopedici, le fasce elastiche in genere, i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "molli" ed altri mezzi di semplice sostegno o contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli indicati nel presente capoverso.

DC.3 - Altre garanzie sempre operanti

DC.3.1 - Day Hospital

Sara Assicurazioni, a termini del precedente articolo DC.2.1 "Indennità di degenza", 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.**

Il ricovero in Day Hospital non prevede la garanzia di convalescenza.

DC.3.2 - Ricovero del coniuge non assicurato

In caso di ricovero contestuale dell'Assicurato e del coniuge non assicurato, **determinato dallo stesso evento causato da malattia o infortunio indennizzabili a termini di Polizza**, Sara Assicurazioni corrisponde al coniuge non assicurato **un'indennità di degenza uguale a quella dell'Assicurato per ogni giorno di ricovero.**

Ai fini della operatività della presente estensione, è necessario che il coniuge non assicurato sia ricoverato per almeno 10 giorni consecutivi.

L'indennità al coniuge non assicurato viene riconosciuta fino a un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa.

Il presente disposto non si applica alle garanzie:

- “Indennità di convalescenza” (articolo DC.2.2);
- “Indennità di gessatura” (articolo DC.2.3)
- “Day hospital” (articolo DC.3.1);
- “Maggiorazione dell'Indennità di degenza in caso di Infortunio che determini una Invalidità Permanente grave” (articolo DC.3.3);
- “Indennità di degenza per donatore” (articolo DC.3.4);
- “Indennità per accompagnatore” (articolo DC.3.5).

DC.3.3 - Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio con invalidità permanente grave

In caso di ricovero causato da infortunio indennizzabile a termini di Polizza **che determina un'invalidità permanente superiore al 66%** (secondo i criteri di cui all'Allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n° 1124 T.U.), Sara Assicurazioni corrisponde una maggiorazione del 100% sugli importi assicurati per Indennità di degenza **per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa.**

La maggiorazione viene corrisposta sulla sola Indennità di degenza.

DC.3.4 - Indennità di degenza per donatore

In caso di trapianto di midollo osseo, organi o parti di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, Sara Assicurazioni provvede al pagamento all'Assicurato per ogni giorno di ricovero, di un'indennità determinata come da precedente articolo DC.2.1 “Indennità di degenza”.

DC.3.5 - Indennità per spese di vitto e alloggio per accompagnatore

In caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, **indennizzabile a termini di Polizza**, Sara Assicurazioni provvede al rimborso delle spese per vitto e pernottamento di un accompagnatore, presso l'Istituto di cura, entro **l'importo giornaliero di 50 euro, per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

DC.4 - Esclusioni

Non sono previste ulteriori esclusioni oltre e quelle suindicate e quelle riportate all'articolo NC.11 – Esclusioni.

DC.5 - Formule e somme assicurate

Le somme assicurate dipendono dalla Formula prescelta da ciascun Assicurato, secondo quanto riportato nella successiva “Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura”.

Tali somme assicurate rappresentano per Sara Assicurazioni il limite massimo di esposizione cui essa è tenuta in relazione a ciascun Assicurato e ad ogni singola annualità assicurativa.

Tabella indennità di degenza, convalescenza e gessatura

Giorni di ricovero consecutivi	Formula "25"	Formula "50"	Formula "100"
Fino a 11	25 euro	50 euro	100 euro
Da 12 a 20	40 euro	80 euro	160 euro
Da 21 a 44	50 euro	100 euro	200 euro
Da 45 a 180	75 euro	150 euro	300 euro
Indennità di gessatura	25 euro	50 euro	100 euro

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti			
Garanzia	Scoperto %	Franchigia / Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Indennità di degenza	-	-	180 giorni
Indennità di degenza - Terapie oncologiche	-	-	30 giorni
Indennità di convalescenza	-	-	100 giorni con indennità pari al 50% della somma assicurata per la degenza
Indennità di gessatura	-	-	40 giorni
Indennità di gessatura - frattura radiologicamente diagnosticata, senza gessatura ma con immobilizzazione a letto	-	-	20 giorni
Day hospital	-	-	180 giorni con il 50% somma assicurata per la degenza
Ricovero del coniuge non assicurato	-	9 giorni	30 giorni per anno assicurativo
Maggiorazione indennità di degenza	-	66% invalidità	100 giorni per anno assicurativo
Indennità per accompagnatore	-	-	30 giorni entro il massimo di 50 euro al giorno

AS - SEZIONE ASSISTENZA PERSONA

Sara Assicurazioni provvede, per il tramite della Struttura Organizzativa di Assistenza di ACI Global Servizi S.p.A., con sede Sociale in Roma - Via Stanislao Cannizzaro n. 83/a 00156 RM - e sede secondaria in Via Montalbino 3/5 20159 Milano – a erogare le prestazioni di Assistenza previste alla presente Sezione. Per ottenere una prestazione l'Assicurato dovrà prendere contatto con la Struttura 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.

Si rende noto che Sara Assicurazioni ha con detta struttura organizzativa rapporti di gruppo, rapporti di affari propri o di società del Gruppo. A tal riguardo la Sara Assicurazioni ha elaborato e attuato e mantiene efficaci presidi organizzativi e 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.

Che cosa posso assicurare

AS.1 - Cosa si assicura

Sara Assicurazioni provvede, per il tramite della Struttura Organizzativa di Assistenza, a 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.

I massimali indicati per le singole Prestazioni di Assistenza si intendono al lordo di IVA o di qualsiasi altra imposta o onere cui gli importi siano assoggettati per legge.

Contro quali danni posso assicurarmi

AS.2 - Formula Classic (Garanzia Obbligatoria)

Sara Assicurazioni, tramite la Struttura Organizzativa di Assistenza, fornisce le seguenti prestazioni **nei modi ed entro i limiti di seguito indicati.**

● **Prelievo campioni al domicilio**

Se l'Assicurato per motivi di salute, certificati dal medico curante, è impossibilitato a muoversi dal proprio domicilio in Italia e ha necessità di eseguire esami clinici, può richiedere alla Struttura Organizzativa di Assistenza:

- l'organizzazione del prelievo a domicilio dei campioni da analizzare;
- la consegna al centro analisi convenzionato con la Struttura organizzativa;
- l'invio degli esiti a domicilio.

Il costo degli esami clinici rimane a carico dell'Assicurato.

La garanzia viene prestata fino a un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.

● **Invio medicinali od articoli sanitari al domicilio**

Se l'Assicurato, **a causa di infortunio o malattia indennizzabili a termini di Polizza, a seguito di prescrizione medica** ha bisogno di medicine o articoli sanitari e non può allontanarsi dal proprio domicilio in Italia per motivi di salute **certificati dal medico curante**, la Struttura Organizzativa di Assistenza, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvede alla consegna di quanto prescritto dal medico curante.

Il costo dei farmaci e degli articoli sanitari è a carico dell'Assicurato.

La garanzia viene prestata fino a un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.

● **Assistenza pediatrica per il figlio assicurato**

Se l'Assicurato, **a causa di infortunio o malattia indennizzabili a termini di Polizza**, ha bisogno al proprio domicilio in Italia di un pediatra **(per il figlio assicurato)** in ore notturne o al sabato o nei giorni festivi, può rivolgersi alla Struttura Organizzativa di Assistenza che, dopo una prima valutazione telefonica fornita dal medico della Struttura Organizzativa, provvede ad inviare il medico richiesto.

Se l'intervento dello specialista risulta essere necessario ma nessuno dei medici convenzionati è disponibile, può essere disposto il trasferimento del malato presso una struttura pubblica mediante autoambulanza.

● **Assistenza cardiologica al domicilio**

Se l'Assicurato, **a causa di infortunio o malattia indennizzabili a termini di Polizza**, ha bisogno al proprio domicilio in Italia di un cardiologo in ore notturne o al sabato o nei giorni festivi, può rivolgersi alla Struttura Organizzativa di Assistenza che, dopo una prima valutazione telefonica fornita dal medico della Struttura Organizzativa, provvede ad inviare il medico richiesto.

Se l'intervento dello specialista risulta essere necessario ma nessuno dei medici convenzionati è disponibile, può essere disposto il trasferimento del malato presso una struttura pubblica mediante autoambulanza.

● **Trasporto in autoambulanza**

Se a seguito di **malattia o infortunio indennizzabili a termini di Polizza**, dopo il ricovero di primo soccorso, l'Assicurato ha bisogno in Italia di un trasporto in autoambulanza, la Struttura Organizzativa di Assistenza invia direttamente l'autoambulanza.

Sara Assicurazioni tiene a proprio carico la relativa spesa fino a un massimo di 500 euro per annualità assicurativa.

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

● **Autista per riportare il veicolo dell'Assicurato alla città di residenza**

In caso di ricovero in Istituto di cura **per malattia o infortunio indennizzabile a termini di Polizza**, avvenuto mentre l'Assicurato è in viaggio **in Europa tale da renderlo impossibilitato a guidare** il proprio veicolo, la Struttura Organizzativa di Assistenza mette a disposizione un autista per ricondurre il veicolo, con eventuali passeggeri.

Il veicolo verrà ricondotto **fino alla città di residenza dell'Assicurato e secondo l'itinerario più breve.**
Rimangono a carico dell'Assicurato le spese di pedaggio per autostrade, traghetti, ecc. e le spese per il carburante.

● **Informazioni cliniche sul paziente**

Se l'Assicurato, **a seguito di infortunio o malattia indennizzabili avvenuti in viaggio**, viene ricoverato in un Istituto di cura sul posto, la Struttura Organizzativa di Assistenza, su richiesta dello stesso Assicurato o dei suoi familiari, **che devono rilasciare il consenso al trattamento dei dati clinici ai medici curanti**, stabilisce un collegamento continuo tra i medici della Struttura Organizzativa di Assistenza e i medici che hanno in cura il paziente sul posto, mantenendo informati i familiari sull'evoluzione del quadro clinico.

● **Trasmissione messaggi urgenti**

Se l'Assicurato, in caso di necessità, sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone residenti in Italia, la Struttura Organizzativa di Assistenza, provvede all'invio di tali messaggi.

● **Trasferimento in centri specializzati**

Se l'Assicurato che si trova in Italia, **a seguito di malattia o infortunio indennizzabili a termini di Polizza**, viene ricoverato presso Centri specializzati situati **al di fuori della propria regione di residenza**, la Struttura Organizzativa di Assistenza 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 o altro).

Il mezzo più idoneo viene identificato **a discrezione dei medici della Struttura Organizzativa di Assistenza.**

La Struttura Organizzativa di Assistenza **utilizza l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avviene in paesi europei.**

Sara Assicurazioni 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 può avvenire con l'eventuale accompagnamento di personale medico e infermieristico.

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

● **Rimpatrio sanitario**

Se l'Assicurato, **a causa di malattia o infortunio coperto dalla Polizza**, si trova all'estero in condizioni tali da richiedere il trasporto in un ospedale in Italia o al suo domicilio, la Struttura Organizzativa di Assistenza, dopo aver consultato i medici locali, organizza il trasporto con il mezzo più adatto scelto dai medici (aereo sanitario, aereo di linea, treno, autoambulanza o altro).

La Struttura Organizzativa utilizza l'aereo sanitario **solo per i sinistri che si verificano nei paesi europei.**

Il trasporto è organizzato interamente dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese di Sara Assicurazioni, inclusa l'assistenza medica o infermieristica, **se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa.**

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato gli eventuali documenti di viaggio non utilizzati.

Non danno luogo alla prestazione:

- **le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa sono curabili sul posto e che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;**

- **le malattie infettive se il trasporto comporta una violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.**

Tale prestazione verrà fornita fino a un massimo di 5.000 euro per annualità assicurativa.

● **Viaggio di un familiare per raggiungere l'Assicurato ricoverato**

Se l'Assicurato in viaggio necessita di un ricovero in ospedale **per più di 10 giorni a causa di malattia o infortunio coperto dalla Polizza**, la Struttura Organizzativa di Assistenza fornisce a un familiare un biglietto aereo di classe economica o ferroviario di prima classe andata e ritorno per raggiungere l'Assicurato.

La scelta del mezzo è a discrezione della Struttura Organizzativa di Assistenza.

Sara Assicurazioni copre le spese **fino a un massimo di 1.000 euro per anno assicurativo.**

Le spese di soggiorno del familiare e altre spese non sono incluse.

● **Rimpatrio della salma**

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, **per infortunio o malattia coperti dalla Polizza**, la Struttura Organizzativa di Assistenza organizza e trasporta la salma fino al luogo di sepoltura in Italia, coprendo le spese **fino a un massimo di 3.000 euro.**

Sono escluse le spese per il recupero della salma, la cerimonia funebre e l'inumazione.

● **Invio di somme di denaro per spese mediche all'estero**

Se l'Assicurato, trovandosi all'estero, deve sostenere spese mediche impreviste **a seguito di malattia o infortunio coperti dalla Polizza** e non può pagare immediatamente, la Struttura Organizzativa di Assistenza richiede che l'Assicurato metta a disposizione di Sara Assicurazioni in Italia, tramite la Struttura Organizzativa, l'importo necessario. Successivamente, la Struttura Organizzativa provvede a inviare il denaro o a pagare direttamente sul posto.

La prestazione non viene erogata se il trasferimento di valuta viola le leggi vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.

● **Recapito medicinali all'estero**

Se l'Assicurato all'estero ha bisogno di medicinali speciali irripetibili sul posto **per malattia o infortunio coperti dalla Polizza**, la Struttura Organizzativa di Assistenza li invia con il mezzo più rapido, rispettando le norme locali.

I medicinali devono essere commercializzati in Italia.

L'Assicurato paga i costi di acquisto dei medicinali.

● **Interprete all'estero**

Se l'Assicurato all'estero viene ricoverato **per malattia o infortunio coperti dalla Polizza** e non conosce la lingua locale, la Struttura Organizzativa di Assistenza invia un interprete, coprendo le spese **fino a 500 euro per anno assicurativo.**

● **Rientro dei figli minori**

Se l'Assicurato all'estero, in compagnia di figli minori, viene **ricoverato per più di 10 giorni per malattia o infortunio coperti dalla**

Polizza e ha bisogno di far rientrare i figli al proprio domicilio in Italia, la Struttura Organizzativa di Assistenza organizza il rientro e fornisce biglietti aerei di classe economica o ferroviari di prima classe e, per minori di 15 anni, un accompagnatore.

La Struttura può richiedere i biglietti non utilizzati dai minori.

Sara Assicurazioni copre le spese fino a 1.000 euro per anno assicurativo.

La prestazione è valida solo se il rientro non viola le leggi vigenti in Italia o nel paese dei minori.

AS.3 - Opzioni aggiuntive

In base a quanto riportato sulla Scheda di polizza, possono essere rese operanti anche le seguenti ulteriori prestazioni di Assistenza:

Pacchetto Single (Garanzia Opzionale)

Se sulla Scheda di polizza risulta operante per l'Assicurato il "Pacchetto Single", devono intendersi ricomprese in copertura anche le seguenti prestazioni.

- **Baby-sitter per minori di anni 15 o badante per persone anziane**

Se l'Assicurato è **convivente solo con minori di 15 anni e deve ricoverarsi per malattia o infortunio coperti dalla Polizza**, Sara Assicurazioni, tramite la Struttura Organizzativa di Assistenza, rimborsa le spese documentate per una baby-sitter **fino a 500 euro per anno assicurativo**.

Se invece l'Assicurato è **convivente solo con un familiare anziano non autosufficiente e deve ricoverarsi per malattia o infortunio coperti dalla Polizza**, Sara Assicurazioni rimborsa le spese per un infermiere o badante con le stesse modalità e limiti sopra indicati.

Per ottenere il rimborso l'Assicurato deve consegnare a Sara Assicurazioni l'originale delle fatture o ricevute di spesa.

- **Pensione per animali domestici**

Se l'Assicurato, **che vive da solo o convive esclusivamente con minori di 15 anni o con un familiare anziano non autosufficiente**, deve essere ricoverato **per malattia o infortunio coperto dalla Polizza**, Sara Assicurazioni, tramite la Struttura Organizzativa di Assistenza, rimborsa le spese per la pensione degli animali domestici per la durata del ricovero, **fino a 25 euro al giorno e per un massimo di 60 giorni per anno assicurativo**.

Per ottenere il rimborso, l'Assicurato deve fornire le fatture o ricevute originali e la certificazione del ricovero.

- **Assistenza domiciliare**

Se l'Assicurato, **che vive da solo o convive esclusivamente con minori di 15 anni o con un familiare anziano non autosufficiente**, è degente presso il proprio domicilio in Italia **per malattia o infortunio coperti dalla Polizza** e non può svolgere le funzioni essenziali (alimentazione, igiene personale, igiene ambientale, deambulazione), la Struttura Organizzativa di Assistenza fornisce un ausiliare socio-assistenziale entro 48 ore dalla chiamata.

Questa prestazione è disponibile fino a tre eventi per anno assicurativo, per un massimo di 15 giorni complessivi.

- **Invio infermiere a domicilio**

Se l'Assicurato, **che vive da solo o convive esclusivamente con minori di 15 anni o con un familiare anziano non autosufficiente**, è degente presso il proprio domicilio in Italia **per malattia o infortunio coperti dalla Polizza** e necessita di prestazioni infermieristiche prescritte dal medico, la Struttura Organizzativa di Assistenza invia un infermiere a domicilio.

Questa prestazione è disponibile fino a tre eventi per anno assicurativo, per un massimo di 15 giorni complessivi.

- **Assistenza notturna in Istituto di cura**

Se l'Assicurato, **che vive da solo o convive esclusivamente con minori di 15 anni o con un familiare anziano non autosufficiente**, è ricoverato in un Istituto di cura in Italia **per malattia o infortunio coperti dalla Polizza** e necessita di assistenza notturna, la Struttura Organizzativa di Assistenza, previo accordo tra i medici, invia personale socio-assistenziale presso l'Istituto di cura dove l'Assicurato è ricoverato.

Questa prestazione è disponibile fino a tre eventi per anno assicurativo, per un massimo di 15 giorni complessivi.

- **Spesa a domicilio e pagamento bollette in scadenza**

Se l'Assicurato, **che vive da solo o convive esclusivamente con minori di 15 anni o con un familiare anziano non autosufficiente**, è degente presso il proprio domicilio in Italia **per malattia o infortunio invalidanti coperti dalla Polizza**, la Struttura Organizzativa di Assistenza provvede a recapitare la spesa a domicilio e a pagare le bollette in scadenza.

La prestazione è disponibile per un massimo di 15 giorni fino a tre eventi per anno assicurativo, rimanendo a carico dell'Assicurato i costi delle merci e delle utenze.

Pacchetto Plus (Garanzia Opzionale)

Se sulla Scheda di polizza risulta operante il "Pacchetto Plus", sono comprese in copertura anche le seguenti prestazioni che devono intendersi valide per tutti gli Assicurati presenti in Polizza.

- **Informazioni utili per partorienti**

In caso di gravidanza **iniziata in corso di validità della Polizza**, la Struttura Organizzativa di Assistenza fornisce telefonicamente:

- informazioni mediche e paramediche durante l'intero periodo della gestazione;
- informazioni relative all'allattamento materno;
- informazioni relative a maternità e relative pratiche amministrative, nidi;
- supporto psicologico telefonico.

Il servizio telefonico è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 esclusi i festivi infrasettimanali.

Tale prestazione viene fornita fino a tre eventi per annualità assicurativa.

- **Informazioni sulla banca delle cellule staminali del cordone ombelicale**

In caso di gravidanza **iniziata in corso di validità della Polizza**, e **fino a 60 giorni prima della data presunta del parto**, la Struttura Organizzativa di Assistenza fornisce telefonicamente informazioni relativamente a strutture che offrono i seguenti servizi:

donazione eterologa;
crioconservazione privata delle cellule staminali del cordone ombelicale.

Il servizio telefonico è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 esclusi i festivi infrasettimanali.

- **Organizzazione, trasferimento e soggiorno in caso di ricovero del figlio neonato**

Se il neonato, **nato in corso di validità della Polizza**, ha gravi problemi di salute che non possono essere curati nella provincia di residenza dell'Assicurato e necessità di un trasferimento su indicazione del medico curante, il quale dovrà individuare la Struttura sanitaria idonea e con disponibilità di posti letto, la Struttura Organizzativa di Assistenza organizza:

- il trasferimento nella città con l'Istituto di cura individuato;
- il pernottamento di un genitore assicurato in zona vicina all'Istituto;
- i trasferimenti tra il luogo di pernottamento e l'Istituto di cura.

Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali.

Questa prestazione è valida in Italia entro un anno dalla nascita del figlio e con un massimale di 2.500 euro per anno assicurativo.

● **Accompagnamento a scuola**

Se l'Assicurato è ricoverato in Istituto di cura da **più di due giorni consecutivi a causa di infortunio, malattia o parto coperti dalla Polizza e non può accompagnare i figli di età inferiore a 12 anni a scuola**, la Struttura Organizzativa di Assistenza fornisce un servizio taxi. **Se non è possibile reperire un taxi tramite la Struttura Organizzativa di Assistenza**, Sara Assicurazioni rimborsa le spese documentate nel limite del massimale di seguito indicato.

La prestazione è erogata in Italia secondo le seguenti modalità:

- **gli orari devono essere concordati con l'autista;**
- **la relativa richiesta deve essere avanzata con un preavviso di almeno due giorni rispetto al momento di reale fruizione;**
- **è richiesta sottoscrizione di idonea liberatoria per l'accompagnamento del minore;**
- **è richiesto l'invio alla Struttura Organizzativa di Assistenza, del certificato di ricovero emesso dall'Istituto di cura.**

La prestazione opera in assenza di altro genitore che possa occuparsi dei figli.

La prestazione è fornita fino a tre eventi per anno assicurativo, con un massimale di 200 euro per sinistro.

● **Accompagnamento attività extrascolastiche**

Se l'Assicurato è ricoverato in Istituto di cura da **più di due giorni consecutivi a causa di infortunio, malattia o parto coperti dalla Polizza e non può accompagnare i figli di età inferiore a 12 anni alle attività extrascolastiche**, la Struttura Organizzativa di Assistenza fornisce un servizio taxi. **Se non è possibile reperire un taxi tramite la Struttura Organizzativa di Assistenza**, Sara Assicurazioni rimborsa le spese documentate nel limite del massimale di seguito indicato.

La prestazione è erogata in Italia secondo le seguenti modalità:

- **gli orari devono essere concordati con l'autista;**
- **la relativa richiesta deve essere avanzata con un preavviso di almeno due giorni rispetto al momento di reale fruizione;**
- **è richiesta sottoscrizione di idonea liberatoria per l'accompagnamento del minore;**
- **è richiesto l'invio alla Struttura Organizzativa di Assistenza, del certificato di ricovero emesso dall'Istituto di cura.**

La prestazione opera in assenza di altro genitore che possa occuparsi dei figli.

La prestazione è fornita fino a tre eventi per anno assicurativo, con un massimale di 200 euro per sinistro.

● **Segnalazione insegnante on-line**

Se l'Assicurato è ricoverato **a causa di infortunio, malattia o parto coperto dalla Polizza** e non può seguire i figli minori nelle attività scolastiche relative alla Scuola Primaria o Secondaria di primo grado, la Struttura Organizzativa di Assistenza fornisce un insegnante online.

I costi dell'insegnante sono a carico dell'Assicurato.

Se non è possibile reperibile un insegnante tramite la Struttura Organizzativa di Assistenza, l'Assicurato può provvedere in autonomia e può richiedere un rimborso delle spese documentate fino a 100 euro per sinistro.

La prestazione è erogata in Italia dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali, con un preavviso di almeno due giorni e opera in assenza di altro genitore che possa occuparsi dei figli.

La prestazione è fornita fino a tre eventi per anno assicurativo.

● **Custodia cane o gatto di proprietà**

Se l'Assicurato è ricoverato da più di due giorni consecutivi **a causa di infortunio, malattia o parto coperto dalla Polizza e non può affidare a terzi il cane o il gatto di sua proprietà**, la Struttura Organizzativa di Assistenza ne organizza la custodia in una struttura idonea.

Se non è possibile reperire una struttura idonea tramite la Struttura Organizzativa di Assistenza, Sara Assicurazioni rimborsa le spese documentate nel limite del massimale di seguito indicato.

Ai fini dell'operatività della garanzia, la proprietà dell'animale deve essere accertata mediante idonea documentazione e non deve essere presente altro familiare convivente che può provvedere alla custodia.

La prestazione è disponibile in Italia con un preavviso di almeno due giorni e con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'Istituto di cura.

La prestazione è fornita fino a tre eventi per anno assicurativo, con un massimale di 300 euro per sinistro.

● **Custodia del veicolo a seguito di ricovero**

Se l'Assicurato è ricoverato **a causa di infortunio, malattia o parto coperto dalla Polizza e non è presente altro familiare convivente che può provvedervi**, la Struttura Organizzativa di Assistenza predispone il traino e la custodia del veicolo, secondo la disponibilità del Carro attrezzi, presso un deposito vicino all'abitazione dell'Assicurato per la durata della degenza.

Il ritiro può avvenire:

- **solo con delega dell'Assicurato;**
- **se presente sul posto persona incaricata dall'Assicurato per la consegna delle chiavi e pagamento delle spese di traino del veicolo.**

La Struttura Organizzativa di Assistenza si riserva di valutare comunque una soluzione alternativa al traino per il trasferimento del veicolo presso il deposito.

La prestazione è attivabile in Italia tutti i giorni.

I costi di traino e custodia sono a carico dell'Assicurato. La prestazione è fornita fino a tre eventi per anno assicurativo.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

AS.4 - Esclusioni

Non sono previste ulteriori esclusioni oltre e quelle suindicate e quelle riportate all'articolo NC.11 – Esclusioni.

AS.5 - Operatività della garanzia

Il diritto alle Prestazioni di Assistenza decade se l'Assicurato non contatta la Struttura Organizzativa di Assistenza al verificarsi del sinistro.

Se l'Assicurato non utilizza una o più Prestazioni di Assistenza, Sara Assicurazioni non è obbligata a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun tipo come compensazione.

Ogni diritto nei confronti di Sara Assicurazioni si prescrive **entro due anni dalla data del sinistro** che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità all'articolo 2952 del Codice Civile.

A parziale deroga a quanto previsto dall'articolo 1910 del Codice Civile, l'Assicurato che beneficia di prestazioni analoghe fornite da altri contratti di assicurazione, anche a titolo di risarcimento, **è obbligato a notificare il sinistro a ogni impresa assicuratrice**, incluso Sara Assicurazioni, **entro tre giorni, pena la decadenza del diritto.**

Se viene attivata un'altra impresa, le prestazioni di Sara Assicurazioni sono operanti, **nei limiti e alle condizioni previste, solo come indennizzo all'Assicurato per eventuali costi aggiuntivi addebitati dall'impresa che ha erogato la prestazione di assistenza.**

AS.6 - Limiti territoriali

La garanzia Assistenza Persona opera nei limiti previsti dalle singole prestazioni.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti valida per la Formula Classic			
Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Prelievo campioni a domicilio	-	-	Massimo tre eventi per anno assicurativo
Invio medicinali/articolisanitari	-	-	Massimo tre eventi per anno assicurativo
Assistenza pediatrica figlio assicurato			-
Assistenza cardiologica			-
Trasporto in ambulanza	-	-	500 euro per anno assicurativo
Autista per riportare il veicolo dell'Assicurato alla città di residenza	-	-	-
Informazioni cliniche sul paziente	-	-	-
Trasmissione messaggi urgenti	-		-
Trasferimento in centri specializzati	-		5.000 euro per anno assicurativo
Rimpatrio sanitario	-		5.000 euro per anno assicurativo
Viaggio di un familiare per raggiungere l'Assicurato ricoverato	-	10 giorni di ricovero	1.000 euro per anno assicurativo
Rimpatrio della salma	-	-	3.000 euro
Invio di somme di denaro per spese mediche all'estero	-	-	-
Recapito medicinali all'estero	-	-	-
Interprete all'estero	-	-	500 euro per anno assicurativo

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti valida per Pacchetto Single			
Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Rientro figli minori	-	9 giorni	1.000 euro per anno assicurativo
Baby-sitter per minori di anni 15 o badante per persone anziane	-	-	500 euro per anno assicurativo
Pensione per animali domestici	-	-	25 euro al giorno, massimo 60 gg per anno assicurativo
Assistenza domiciliare	-	-	massimo 15 giorni per anno assicurativo, per un massimo di tre eventi per anno assicurativo
Invio infermiere a domicilio	-	-	massimo 15 giorni per anno assicurativo, per un massimo di tre eventi per anno assicurativo
Assistenza notturna in Istituto di cura	-	-	massimo 15 giorni per anno assicurativo, per un massimo di tre eventi per anno assicurativo
Spesa a domicilio e pagamento bollette in scadenza	-	-	massimo 15 giorni per anno assicurativo, per un massimo di tre eventi per anno assicurativo

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti valida per Pacchetto Plus			
Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Informazioni utili per partorienti	-	-	Massimo tre eventi per anno assicurativo
Informazioni banca cellule staminali del cordone ombelicale	-	-	Entro 60 gg dalla data presunta del parto
Organizzazione trasferimento e soggiorno in caso di ricovero del figlio neonato	-	-	Entro 1 anno di età del figlio 2.500 euro per anno assicurativo
Accompagnamento a scuola	-	-	200 euro per sinistro Massimo tre eventi per anno assicurativo
Accompagnamento attività extrascolastiche	-	-	200 euro per sinistro Massimo tre eventi per anno assicurativo
Segnalazione insegnante on-line	-	-	100 euro per sinistro Massimo tre eventi per anno assicurativo
Custodia cane o gatto di proprietà	-	-	Massimo tre eventi per anno assicurativo
Custodia del veicolo a seguito di ricovero	-	-	Massimo tre eventi per anno assicurativo

TL - SEZIONE TUTELA LEGALE PERSONA

Che cosa posso assicurare

TL.1 - Oggetto dell'Assicurazione

Sara Assicurazioni assume a proprio carico, nei limiti del massimale per sinistro di 20.000 euro e delle condizioni ivi previste, l'onere delle spese stragiudiziali e giudiziali conseguenti a un Sinistro indennizzabile in base alle Sezioni "Interventi chirurgici e ricoveri", "Tutela Mamma e Bimbo", "Altre garanzie aggiuntive", "Alta Diagnostica e cure fisioterapiche", "Visite specialistiche ed esami diagnostici" o "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche".

Esse sono:

- le spese per l'intervento di un legale, sia in sede civile che penale;
- le spese peritali;
- le spese del legale di controparte, in caso di transazione autorizzata da Sara Assicurazioni, o quelle di soccombenza in caso di condanna dell'Assicurato;
- le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di periti in genere, purché concordate con Sara Assicurazioni.

Contro quali danni posso assicurarmi

TL.2 - Garanzia prestata

Le garanzie valgono per ottenere il risarcimento di danni di natura contrattuale o extracontrattuale che abbiano determinato lesioni fisiche subite dall'Assicurato in conseguenza di eventi derivanti da malpractice medica.

La garanzia opera nei casi di azione nei confronti del medico o dell'operatore sanitario che ha eseguito la prestazione, e nei confronti della struttura sanitaria dove è stata eseguita la prestazione stessa.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

TL.3 - Esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia:

- a) il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- b) le spese per controversie derivanti da fatti dolosi dell'Assicurato, salvo se diversamente disposto nelle singole condizioni speciali;
- c) le spese per controversie in materia penale, amministrativa, fiscale e tributaria;
- d) le spese per controversie di natura contrattuale nei confronti di Sara Assicurazioni;
- e) le spese di domiciliazione.

TL.4 - Insorgenza del caso assicurativo

La garanzia è operante per i Sinistri denunciati entro 12 mesi dalla fine dell'assicurazione.

Poiché l'operatività della garanzia è subordinata alla presenza di un sinistro indennizzabile in base alla Sezione indicata nel precedente articolo TL.1, rimane fermo quanto previsto dall'articolo NC.7 - Termini di aspettativa.

I fatti che hanno dato origine alla controversia si intendono avvenuti nel momento iniziale della malpractice; se il fatto che dà origine al Sinistro si protrae attraverso più atti successivi, esso si considera avvenuto nel momento in cui è stato posto in essere il primo atto.

TL.5 - Validità territoriale

La presente garanzia viene prestata per le sole controversie che insorgano e debbano essere trattate in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

TL.6 - Controversie e pluralità di Assicurati

In caso di controversie di più assicurati nascenti da uno stesso contratto, la garanzia viene prestata unicamente a favore dell'Assicurato che sia anche Contraente.

Se il Contraente non riveste la qualifica di assicurato, nell'ipotesi di controversie di più assicurati che si originano da una medesima polizza, il massimale di garanzia è da intendersi tra loro suddiviso in parti uguali.

Le controversie promosse da o contro più persone e aventi per oggetto domande identiche o connesse, si considerano a tutti gli effetti un unico Sinistro.

In caso di imputazioni a carico di più soggetti assicurati e dovute al medesimo fatto, il Sinistro è unico a tutti gli effetti.

TL.7 - Limiti di copertura

La presente garanzia viene prestata con il limite di due casi insorti in ciascun anno assicurativo.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti			
Garanzia	Scoperto %	Franchigia/Minimo di scoperto	Limite di indennizzo
Tutela Legale Persona	-	-	20.000 euro per evento, con il limite di 2 casi insorti per anno assicurativo. Per controversie di più assicurati che si originano da una medesima polizza, il massimale di garanzia è da intendersi tra loro suddiviso in parti uguali.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

La denuncia di sinistro, oltre alle modalità previste dalle condizioni contrattuali, può essere inoltrata accedendo all'Area Riservata presente sul sito www.Sara.it utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione. Resta esclusa da tale modalità la garanzia Assistenza laddove presente e sottoscritta.

SXMA - Sezioni "Interventi chirurgici e ricoveri", "Tutela Mamma e Bimbo", "Altre garanzie aggiuntive", "Alta Diagnostica e cure fisioterapiche", "Visite specialistiche ed esami diagnostici", "Formula Comfort" e "Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche"

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

Le disposizioni che seguono valgono per tutte le garanzie delle Sezioni:

- Interventi chirurgici e ricoveri;
- Tutela Mamma e Bimbo;
- Altre garanzie aggiuntive;
- Alta Diagnostica e cure fisioterapiche;
- Visite specialistiche ed esami diagnostici;
- Formula Comfort;
- Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche;

ad eccezione delle seguenti:

- Trasferimento in centri specializzati
- Interprete all'estero

presenti all'interno della Sezione "Tutela Mamma e Bimbo" (se resa operante).

Per tali garanzie si intendono valide le disposizioni riportate nella Sezione SXAS - Sezione Assistenza Persona.

SXMA.1 - Struttura Organizzativa Salute.

Attraverso i contatti telefonici di seguito indicati si può accedere alla Struttura Organizzativa Salute, che ha il compito di indennizzare i sinistri relativi alle presenti garanzie:

- 800.095.095 (Numero Verde)
- 011.7425692 (solo per chi chiama dall'Estero)

La Struttura Organizzativa Salute osserva i seguenti orari:

lunedì - venerdì ore 08.00 - ore 18.00

SXMA.2 - Denuncia di sinistro e obblighi dell'Assicurato.

L'Assicurato che intende usufruire delle prestazioni dei Centri o dei medici specialisti convenzionati **deve rivolgersi alla Struttura Organizzativa Salute** sopra indicata: la telefonata è considerata denuncia di sinistro.

Se impossibilitato a telefonare, l'Assicurato può scrivere all'Agenzia o alla Sede legale di Sara Assicurazioni.

Se l'Assicurato non intende avvalersi della rete di strutture convenzionate con Sara Assicurazioni, in caso di sinistro, l'Assicurato o chi per lui, **deve darne comunicazione scritta all'Agenzia o alla Sede legale di Sara Assicurazioni.**

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica conforme all'originale della cartella clinica completa.

In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire a Sara Assicurazioni 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 accompagnata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora dell'evento e 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.

SXMA.3 - Criteri di liquidazione.

Si applicano i seguenti criteri di liquidazione:

a) Centri e medici specialisti convenzionati

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

1. 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 Struttura Organizzativa Salute;**
 2. **prenota la prestazione;**
 3. **procede a richiedere la presa in carico della prestazione, telefonando alla Struttura Organizzativa Salute almeno 2 giorni lavorativi prima della data di fruizione della stessa; se l'Assicurato ha necessità di supporto per la scelta e/o per la prenotazione, la Struttura Organizzativa Salute fornisce la necessaria consulenza;**
 4. **la Struttura Organizzativa Salute invia una comunicazione di presa in carico alla struttura convenzionata e all'Assicurato indicando all'Assicurato la documentazione medica da presentare;**
 5. **in caso di diniego della prestazione la Struttura Organizzativa Salute invia una comunicazione all'Assicurato motivandolo.**
- L'Assicurato delega Sara Assicurazioni, 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.

L'Assicurato, all'atto di dimissione dal Centro convenzionato, deve inoltre 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 a Sara Assicurazioni gli importi eventualmente già pagati dalla stessa per prestazioni sanitarie che, dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica, risultano a qualsiasi titolo non indennizzabili.

Per accedere ai Centri e/o medici specialisti convenzionati è obbligatorio chiedere la preventiva Presa in carico nelle modalità sopra indicate. Per i soli casi di comprovata urgenza, l'Assicurato può provvedere alla richiesta anche nel corso del ricovero e/o della prestazione ma comunque prima del termine del ricovero e/o della prestazione.

Se l'Assicurato provvede direttamente al pagamento della prestazione, al fine di ottenere l'indennizzo nella modalità prevista dalle condizioni contrattuali in caso di fruizione delle prestazioni nei Centri convenzionati, l'Assicurato dovrà provvedere a richiedere al Centro e ottenere l'applicazione della tariffa convenzionata. La tariffa convenzionata dovrà risultare espressamente sulla fattura.

Modalità presa in carico tramite portale della Struttura Organizzativa Salute

In alternativa al contatto telefonico previsto al precedente punto 3) lett.a), l'Assicurato, dopo aver prenotato la prestazione presso un centro o un medico convenzionato, può richiedere la presa in carico tramite il portale della Struttura Organizzativa Salute, fermo restando il preavviso di almeno 2 giorni lavorativi rispetto alla data di esecuzione della prestazione.

Per procedere all'inserimento della richiesta l'Assicurato dovrà:

- 1) accedere all'indirizzo www.blueassistance.it inserendo Username e Password precedentemente creati tramite registrazione dal portale;
- 2) cliccare sulla funzionalità "Nuova richiesta di Diretta" situata nel box in home page;
- 3) compilare i dati relativi all'Assicurato e, in particolare, indirizzo email e numero telefonico validi e attivi (i recapiti indicati saranno i canali di contatto per le comunicazioni sulla valutazione della richiesta di diretta);
- 4) compilare i dati relativi alla prestazione richiesta e in particolare:
 - la causa della patologia;
 - la descrizione della patologia indicata dal medico;
 - la data della prestazione;
 - la tipologia di prestazione;
 - da quanto tempo è insorta la patologia;
- 5) selezionare il centro o il medico convenzionato, utilizzando la funzionalità di ricerca per nome della struttura o per indirizzo;
- 6) allegare la prescrizione medica ed eventuale ulteriore documentazione, utilizzando la funzionalità "carica file";
- 7) verificare il riepilogo e procedere all'invio della richiesta.

b) Centri e medici specialisti non convenzionati

Se l'Assicurato non si avvale della rete di strutture e fiduciari convenzionati con Sara Assicurazioni, questa provvede al rimborso delle spese documentate sostenute dall'Assicurato, nei limiti di Polizza - **differenziati a seconda della Formula prescelta da ciascun Assicurato** - 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 precedente articolo SXMA.2 - "Denuncia di sinistro ed obblighi dell'Assicurato"**, e della copia delle relative notule, distinte e ricevute.

Se l'Assicurato ha presentato a terzi le notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, Sara Assicurazioni effettua il pagamento di quanto dovuto **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 di Sara Assicurazioni in caso di eventuale richiesta.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi si eseguono in Italia in valuta Euro. Per i paesi non aderenti all'Euro, il cambio è 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:

Per le spese relative al Centro convenzionato è applicabile quanto previsto dalla precedente lettera a).

Per le spese:

- relative all'equipe medica;
- previste alla lettera b) dell'articolo (a seconda delle garanzie operanti) IR.2, MB.2 o GI.2: è applicabile quanto previsto nella precedente lettera b) del presente articolo.

d) Indennità di degenza sostitutiva

Per la garanzia Indennità di degenza sostitutiva, il pagamento dell'indennizzo si effettua al termine del ricovero su **presentazione della cartella clinica.**

La Struttura Organizzativa Salute potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria per la gestione della richiesta.

SXMA.4 - Controversie - Arbitrato irrituale.

Le eventuali controversie di natura medica sulla indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate a 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 nel verbale definitivo.

SXMA.5 - Tempi di liquidazione dell'indennizzo.

La Struttura Organizzativa Salute, verificata l'operatività della garanzia, procede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni **dal**

ricevimento della documentazione necessaria (compresa la cartella clinica o sua copia conforme, se richiesta) con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.

SXDC - Sezioni "Formula Comfort" e "Indennità di Degenza Convalescenza e Gessatura"

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

SXDC.1 - Struttura Organizzativa Salute

Attraverso i numeri verdi di seguito indicati si può accedere alla Struttura Organizzativa Salute, che ha il compito di indennizzare i sinistri relativi alla presente garanzia:

- 800.095.095;
- 0117425692 (solo per chi chiama dall'Estero).

La Struttura Organizzativa Salute osserva i seguenti orari:

lunedì - venerdì ore 08.00 - ore 18.00

SXDC.2 - Denuncia di sinistro ed obblighi dell'Assicurato

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Sede legale di Sara Assicurazioni, al seguente indirizzo:

Sara Assicurazioni S.p.A.
Back Office Sinistri Malattia
22181CW Via Po 20 00198 Roma

quanto prima possibile, fermi restando i termini di prescrizione previsti dall'art. 2952 c.c.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica.

In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire a Sara Assicurazioni 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 contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora dell'evento e una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento.

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

Tutta la documentazione deve essere inviata all'Agenzia dove è stata stipulata la Polizza o alla Sede legale di Sara Assicurazioni.

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.

SXDC.3 - Criteri di liquidazione delle Indennità di degenza, convalescenza, gessatura

Nei termini e nei limiti previsti all'articolo DC.2 - "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura":

- a) Sara Assicurazioni corrisponde per ogni giorno di ricovero o gessatura un'indennità giornaliera pari agli importi indicati nella "Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", di cui all'articolo DC.5 - "Formule e somme assicurate" corrispondenti alla Formula prescelta dall'Assicurato ed indicata sulla Scheda di polizza.
- b) Sara Assicurazioni, in caso di convalescenza o day hospital, corrisponde un'indennità giornaliera in misura **del 50% dell'importo assicurato per la degenza.**

Esempio di liquidazione indennizzo Garanzia Indennità di degenza, convalescenza e gessatura	
Formula prescelta: Formula "50" Si verifica un sinistro indennizzabile a termini di contratto cui consegue un ricovero (senza intervento) di 14 giorni consecutivi (con dimissione il quindicesimo). L'ammontare dell'indennizzo spettante sarà pari a 1382,50 euro, così di seguito composto:	
Per indennità di degenza: – Per i primi 11 giorni: 50 euro al giorno x 11 gg – Per i successivi e restanti 3 giorni: 80 euro al giorno x 3 gg	550 euro 240 euro
Per indennità di convalescenza: – Giorni di ricovero x 1,5 x 50% importo dell'indennità di degenza (per i primi 11 gg) = – Giorni di ricovero x 1,5 x 50% importo dell'indennità di degenza (per i giorni restanti) =	412,50 euro 180 euro
Totale indennizzo per Indennità di degenza, convalescenza e day hospital	1.382,50 euro

c) Nel caso previsto dall'articolo DC.3.3 - "Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio che determini un'invalidità permanente grave", la maggiorazione prevista viene corrisposta al consolidarsi dei postumi di Invalidità permanente.

d) Nel caso previsto all'articolo DC.3.5 - "Indennità per accompagnatore", il rimborso delle spese sostenute per l'accompagnatore verrà effettuato dietro presentazione delle copie delle fatture o ricevute con il previsto bollo di tassa pagato. Se l'Assicurato ha presentato a terzi le fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, Sara Assicurazioni effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto **dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.** Per le spese sostenute all'estero i rimborsi sono eseguiti in Italia in valuta Euro.

Per paesi non aderenti all'Euro, il cambio è 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 viene restituita all'Assicurato successivamente alla liquidazione dell'indennizzo. In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire a Sara Assicurazioni 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.

La Struttura Organizzativa Salute potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria per la gestione della richiesta.

SXDC.4 - Controversie - Arbitrato irrituale.

Le eventuali controversie di natura medica sulla indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e 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 nel verbale definitivo.

SXDC.5 - Tempi di liquidazione dell'indennizzo.

La Struttura Organizzativa Salute, verificata l'operatività della garanzia, procede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni **dal ricevimento della documentazione necessaria (compresa la cartella clinica o sua copia conforme, se richiesta) con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.**

SXAS - Sezione Assistenza Persona

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

Le disposizioni che seguono valgono anche per le garanzie:

- Trasferimento in centri specializzati

- Interprete all'estero,

di cui alla Sezione IR- "Interventi chirurgici, ricoveri e parto", se resa operante.

SXAS.1 - Struttura Organizzativa Assistenza

Sara Assicurazioni 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 di Assistenza che provvederà all'erogazione delle Prestazioni di Assistenza.

SXAS.2 - Obblighi in caso di sinistro.

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

- 800.095.095 (Numero verde)
- +39.02.66165538 (per chi chiama dall'estero)
- +39.02.66100944 (Fax)

L'Assicurato deve comunicare:

- il numero di Polizza;
- la 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.

L'Assicurato è tenuto inoltre a fornire, a richiesta della Struttura Organizzativa di Assistenza, 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 Assicurazioni, **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 devono essere inviate all'indirizzo suindicato della Struttura Organizzativa di Assistenza o, in alternativa, trasmesse tramite fax.

L'intervento deve sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa di Assistenza che interviene direttamente o ne autorizza esplicitamente l'effettuazione.

Le Prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di indennizzo se l'Assicurato non si rivolge alla Struttura Organizzativa di Assistenza al momento del Sinistro. Viene fatta eccezione per il caso in cui l'Assicurato non potesse mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa di Assistenza per causa di forza maggiore (come ad esempio intervento di forze

dell'ordine e/o di servizi pubblici di emergenza), che deve essere debitamente documentata (verbale o certificato di pronto soccorso).
La Struttura Organizzativa di Assistenza può richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria; in ogni caso è necessario inviare alla Struttura Organizzativa di Assistenza gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.
Sara Assicurazioni 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.

SXTL - Sezione Tutela Legale Persona

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

SXTL.1 - Denuncia e Gestione del sinistro - Scelta del legale

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Sede legale di Sara Assicurazioni, quanto prima possibile, fermi restando i termini di prescrizione previsti all'art. 2952 c.c.

Al ricevimento della denuncia di sinistro Sara Assicurazioni, d'intesa con l'Assicurato, svolge anzitutto ogni attività idonea a realizzare una bonaria definizione della controversia.

In mancanza di tale definizione, oppure quando vi sia conflitto di interessi o disaccordo nella gestione del sinistro tra Sara Assicurazioni e l'Assicurato, quest'ultimo per l'ulteriore tutela dei suoi interessi ha diritto di scegliere un legale di sua fiducia.

Tale scelta è effettuata tra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove l'Assicurato ha il proprio domicilio o ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a conoscere della controversia; il nominativo del legale prescelto deve essere comunicato dall'Assicurato a Sara Assicurazioni.

Sara Assicurazioni avverte l'Assicurato del suo diritto di scelta del legale.

La designazione del legale di cui al precedente comma deve essere comunque fatta quando è necessaria una difesa penale. L'incarico professionale al legale indicato dall'Assicurato viene conferito esclusivamente da Sara Assicurazioni. L'Assicurato rilascia al suddetto legale la necessaria procura.

Sara Assicurazioni non è responsabile dell'operato dei legali designati.

Sara Assicurazioni non risponde delle eventuali iniziative poste in essere dall'Assicurato prima della presentazione della denuncia di sinistro, né del pregiudizio da queste eventualmente derivato. Dopo la presentazione della denuncia di sinistro, l'Assicurato non può dare corso ad alcuna azione o iniziativa né addivenire alla definizione della vertenza senza preventivo benestare di Sara Assicurazioni. Tale benestare deve essere comunicato all'Assicurato entro 30 giorni dalla richiesta. Negli stessi termini e con adeguata motivazione dovrà essere comunicato il rifiuto del benestare.

In assenza di benestare da parte della Sara Assicurazioni, la garanzia si intende non operante, e l'Assicurato ha l'obbligo di restituire le spese eventualmente anticipate da Sara Assicurazioni.

L'Assicurato è tenuto a regolarizzare, a proprie spese e secondo le norme fiscali di bollo e di registro, tutti gli atti e documenti occorrenti, e ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della vertenza. Nei casi di ottenuta liquidazione o definizione in favore dell'Assicurato, tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi restano di esclusiva spettanza dell'Assicurato stesso, mentre quanto liquidato giudizialmente o transattivamente per spese, competenze ed onorari è di esclusiva pertinenza di Sara Assicurazioni e/o legale designato.

La normativa del presente articolo vale anche, per quanto applicabile, relativamente alla scelta, alla nomina e all'attività professionale dei Periti.

SXTL.2 - Divergenza di valutazioni sul sinistro - Arbitrato

In caso di divergenza di valutazioni tra l'Assicurato e Sara Assicurazioni circa la probabilità di esito favorevole di una procedura giudiziale da intraprendere o da coltivare sia in primo che nei superiori gradi di giudizio, ovvero circa la convenienza di una transazione stragiudiziale ottenibile, **Sara Assicurazioni non è tenuta a prestare ulteriormente la garanzia per il sinistro in contestazione e sospende le prestazioni in corso dandone comunicazione motivata all'Assicurato.**

L'Assicurato ha facoltà di ricorrere ad una delle seguenti soluzioni, comunicando preventivamente a Sara Assicurazioni quella scelta:

- a) adire l'autorità giudiziaria perché indichi il comportamento da tenersi;
- b) promuovere una procedura di arbitrato sui punti controversi, da attuarsi mediante la nomina congiunta di un arbitro scelto di comune accordo o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente ai sensi di legge. Ciascuna delle Parti contribuisce per la metà alle spese della procedura arbitrale, quale che sia l'esito dell'arbitrato;
- c) intraprendere o proseguire la procedura giudiziaria a proprie spese. In tal caso Sara Assicurazioni è tenuta al rimborso delle citate spese qualora l'esito della procedura sia risultato più favorevole per l'Assicurato di quello ipotizzato o proposto da Sara Assicurazioni stessa. Qualunque sia la soluzione prescelta, l'esposizione complessiva di Sara Assicurazioni, incluse le eventuali spese sostenute in precedenza, non può eccedere il massimale di Polizza. Sara Assicurazioni avvertirà avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi delle predette procedure.

Allegato ALL-GI.1

Elenco Grandi Interventi Chirurgici

(classificazione valida anche per la prestazione di Teleassistenza)

Collo

- Linfektomia cervicale bilaterale
- Tiroidectomia: totale o allargata per neoplasia maligna
- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Interventi sulle paratiroiditi
- Intervento per diverticolo dell'esofago
- Resezione dell'esofago cervicale Addome (parete addominale)
- Laparotomia esplorativa per occlusione con o senza resezione
- Laparotomia esplorativa con sutura viscerale
- Laparotomia per drenaggio di peritoniti
- Intervento per ernie diaframmatiche o per ernie rare (ischiatriche, otturatorie, ecc.)

Peritoneo

- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

Esofago

- Interventi per patologia benigna o maligna dell'esofago toracico
- Interventi con esofagoplastica

Stomaco - Duodeno

- Gastro enterostomia
- Resezione gastrica
- Gastroectomia totale o gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica
- Vagotomia

Intestino

- Enterostomia, ano artificiale e chiusura
- Enteroanastomosi
- Colectomie parziali e colectomia totale

Retto - Ano

- Interventi per neoplasie per retto - ano anche per via addominoperineale
- Prolasso del retto
- Operazione per megacolon
- Proctectomia totale

Fegato

- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi
- Resezioni epatiche
- Esplorazione chirurgica delle vie biliari
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale

Pancreas - Milza

- Interventi per pancreatite acuta e cronica, cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche e neoplasie pancreatiche
- Splenectomia

Torace - Parete Toracica

- Interventi per tumori maligni della mammella
- Resezione costali
- Correzioni di malformazioni parietali
- Trattamento di traumi parietali

Mediastino

- Interventi per ascessi e per tumori

Polmoni

- Interventi per ferite del polmone, ascessi, fistole bronchiali e per echinococco
- Resezione segmentaria e lobectomia
- Pneumectomia
- Broncoscopia operativa

- Tumori della trachea

Cardiochirurgia

- Interventi a cuore chiuso, a cuore aperto per difetti singoli non complicati e per difetti complessi o complicati
- Tutti gli interventi neonatali a cuore aperto con ipotermia profonda e arresto circolatorio
- Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso
- Fistole arterovenose polmonari
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

Neurochirurgia

- Trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare
- Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- Intervento per encefalomeningocele
- Intervento per craniostenosi
- Asportazioni tumori ossei della volta cranica
- Interventi per traumi cranio cerebrali
- Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale o di ematoma epidurale
- Trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e sub-durale
- Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici
- Trattamento percutaneo della nevralgia del trigemino e di altri nervi cranici
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneuris artero-venosi, fistole artero-venose)
- Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazione vascolari intracraniche
- Psicochirurgia
- Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica
- Intervento per epilessia focale e callosotomia
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici anche con interposizione di innesto
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario
- Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazione tumorali ripetitive)
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomieli, ascessi, ecc.)
- Interventi per traumi vertebro-midollari anche con stabilizzazione chirurgica
- Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore, per via laterale o transtoracica
- Asportazione di ernia del disco lombare
- Spondilolistesi
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningoamidollari (mielocele, mielomeningocele, ecc.)
- Cordotomia e mielotomia percutanea
- Cordotomia e mielotomia percutanea
- Applicazione di elettrodi o cateteri endorachidei per trattamento del dolore o altro
- Stabilizzazione di elettrodi o cateteri endorachidei e applicazione stimolatori o reservoir a permanenza

Nervi periferici

- Asportazione tumori dei nervi periferici
- Anastomosi extracranica di nervi cranici
- Interventi sui nervi periferici per neurorrafie, neurolisi, neurotomie, nevrectomie, decompressive
- Interventi sul plesso brachiale

Chirurgia vascolare

- Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale
- Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei seguenti vasi arteriosi (carotidi, vertebrali, succlavia, tronco branchio-cefalico, iliache)
- Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo
- Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale
- Lobectomy e troabectomy arteriosa per arto
- Interventi per stenosi ed ostruzione della carotide extracranica, succlavia e arteria anonima
- Disostruzione e by-pass arterie periferiche; disostruzione e by-pass aorto-addominale
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca
- Troabectomy venosa periferica: iliaca, cava
- Legatura vena cava inferiore
- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Interventi per innesti di vasi
- Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale
- Interventi sul sistema nervoso simpatico: simpaticectomy cervico toracica, simpaticectomy lombare

Chirurgia pediatrica

- Cranio bifido: con meningocele o con meningoencefalocele
- Craniostenosi

- Idrocefalo ipersecretivo
- Torcicollo miogeno congenito con apparecchio gessato
- Linfangioma cistico del collo
- Neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica
- Osteotomia derotativa per paralisi ostetrica
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Torace ad imbuto e torace carenato
- Stenosi congenita del piloro
- Occlusione intestinale del neonato: malrotazione bande congenite, volvolo; atresie necessità di anastomosi; ileo meconiale
- ileostomia semplice, resezione secondo Mickulicz, resezione con anastomo primitiva
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale; operazione perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Prolasso del retto: operazione addominale
- Teratoma sacrococcigeo
- Megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida: Meningocele; mielomeningocele
- Megacolon: colostomia; resezione anteriore; operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Esonfalo
- Fistole e cisti dell'ombelico: del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

Ortopedia e Traumatologia

- Amputazioni grandi segmenti
- Pseudoartrosi grandi segmenti
- Trattamento delle pseudoartrosi con la tecnica della compressione-distrazione
- Interventi per costola cervicale
- Scapulopessi
- Asportazione di tumori ossei
- Trapianti ossei e protesi articolari dell'anca, spalla e ginocchio
- Trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
- Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Laminectomia decompressiva per neoplasie (senza sintesi)
- Disarticolazioni: grande
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhov-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezioni artrodiarisie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
- Resezioni del radio
- distale: artrodesizzanti (trapianto o cemento); con trapianto articolare peroneo-pro-radio
- Emipelvectomy ed emipelvectomy "interne" secondo Enneking con salvataggio dell'arto
- Resezione artrodiarisie del ginocchio: artrodesizzanti (trapianto o cemento più infibulo femore-tibiale sostituzioni con protesi modulari o "custom-made")
- Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento
- Artrodesi grandi (spalla, anca, ginocchio)
- Emiartroplastica
- Vertebrotonia
- Discectomia per via anteriore: per ernia cervicale; per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Osteosintesi vertebrale
- Artrodesi per via anteriore
- Sindesmotomia
- Pollicizzazione del 2° o altro dito (per tempo operatorio)

Urologia

- Decapsulazione
- Nefropessi
- Lobotomia; lobotomia per biopsia chirurgica e lobotomia per ascessi pararenali
- Nefrectomia: semplice, parziale, allargata per tumore, allargata per tumore con embolectomia
- Resezione renale con clampaggio vascolare
- Nefroureterectomia totale
- Pieloureteroplastica (tecniche nuove)
- Surrenalectomia
- Ureterocistoneostomia: con plastica di riduzione dell'uretere; con psioizzazione vescicale
- Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale
- Emitrigonectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovesicoclectomia: con ureterosigmoidostomia; con neovescica rettale, con ileo bladder, con ureteroileotroanastomosi
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Riparazione di fistola vescico intestinale
- Riparazione fistole vescico vaginali
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale

- Linfadenectomia locoregionale di staging per ca. prostatico
- Prostatectomia radicale extraponeurotica nerve sparing
- Riparazione distole scrotali o inguinali
- Linfadenectomia retroperineale bilaterale per neoplasia testicolari

Nefrologia

- Fav: impianto di materiale protesico

Ginecologia

- Isterectomia totale per via laparotomica con o senza annessiectomia
- Metroplastica per via laparotomica
- Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero
- Salpingoplastica
- Vulvectomia radicale
- Riparazione chirurgica di fistola: ureterale, vescico-vaginale, retto-vaginale
- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Vulvectomia allargata con linfadenectomia
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Creazione operatoria di vagina artificiale (con utilizzazione del sigma)

Oculistica

- Odontocheratoprotesi
- Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile
- Vitrectomia
- Cheratomilleusi
- Epicheratoplastica
- Operazione di Kroenlein od orbitotomia

Orecchio

- Atresia auris congenita: ricostruzione
- Exeresi di neoplasia del padiglione con svuotamento linfoghiandolare
- Trattamento delle petrositi suppurate
- Apertura di ascesso cerebrale per via transmastoidica
- Timpanoplastica in un solo tempo (curativa e ricostruttiva)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Interventi per otosclerosi
- Chirurgia del sacco endolinfatico
- Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- Anastomosi e trapianti nervosi
- Sezione del nervo: cocleare, vestibolare
- Neurinoma dell'VIII paio
- Asportazione di tumori dell'orecchio medio
- Idem del temporale
- Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- Svuotamento con innesto dermoepidermico
- Legatura della vena giugulare previa mastoidotomia
- Distruzione del labirinto
- Chirurgia della sindrome di Ménière
- Operazione radicale per sinusite frontale (operazione di Ogston-Luc)
- Trattamento chirurgico di mucocoele frontoetmoidale
- Asportazione di tumori maligni del naso e dei seni
- Apertura del seno sfenoidale
- Intervento per fibroma duro rinofaringeo
- Operazione radicale di sinusite mascellare (operazione di Calwell-Luc)
- Chirurgia della fossa pterigomascellare
- Tumori maligni: del cavo orale e faringei con svuotamento latero-cervicale; parafaringei; di altre se (tonsille, ecc.)
- Asportazione della parotide

Laringe - Trachea - Bronchi - Esofago

- Laringectomia: parziale, sopraglottica, totale, ricostruttiva
- Laringofaringectomia
- Interventi pre paralisi degli abducenti
- Cisti della tiroide
- Svuotamento sottomandibolare bilaterale
- Svuotamento laterocervicale: unilaterale, bilaterale
- Chiusura di fistola esofagea
- Plastiche laringotracheali
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Chirurgia Maxillo-Facciale

- Frattura dei mascellari: terapia chirurgica

Trapianti

- Tutti

Allegato ALL-GA.1

Tabella di valutazione del grado di invalidità permanente da infortunio

Perdita, anatomica o funzionale, di:	Destro	Sinistro
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- una falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	9%	1/3 del valore del dito
Anchilosi		
- di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
- della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
- del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
- del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
- del nervo radiale	35%	30%
- del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
- al di sopra della meta' della coscia	70%	
- al di sotto della meta' della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	
- al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba	80%	
Perdita anatomica o funzionale di:		
- un piede	40%	
- ambedue i piedi	100%	
- un alluce	5%	
- un dito del piede diverso dall'alluce	1%	
- falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi:		
- dell'anca in posizione favorevole	35%	
- del ginocchio in estensione	25%	
- della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
- della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%	
Paralisi completa del nervo:		
- sciatico popliteo esterno	15%	
Esiti di frattura scomposta di una costa		
	1%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale	12%	
- una vertebra dorsale	5%	
- 12° dorsale	10%	
- una vertebra lombare	10%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo		
	2%	
Esiti di frattura del sacro		
	3%	
Esiti di frattura del coccige con callo deforme		
	5%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
- un occhio	25%	
- ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di:		
- un orecchio	10%	
- ambedue gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta:		
- monolaterale	4%	
- bilaterale	10%	
Perdita anatomica di:		
- un rene	15%	
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	