

il contratto di assicurazione per la tutela della salute

Sara CheckUp

Fascicolo Informativo

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa comprensiva di glossario
- b) Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Modello 60SCU edizione 06/2012

(Regolamento ISVAP n° 35 del 2010)

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Per la consultazione di eventuali aggiornamenti del Fascicolo Informativo, non derivanti da innovazioni normative, si rinvia al sito internet della Società www.sara.it

Informazioni relative all'Impresa

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

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono dati inerenti l'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2011

- Patrimonio netto: 347.554.000
- Capitale sociale : 54.675.000
- Totale delle riserve patrimoniali: 254.044.000
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: 2,49 (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

INFORMAZIONI SPECIFICHE SUL CONTRATTO - GARANZIE MALATTIA

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali.

Per le condizioni di contratto si rinvia al testo delle condizioni di assicurazione allegate al presente fascicolo.

Durata del contratto

Il contratto prevede il tacito rinnovo alla scadenza; 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, Codice Civile. Art. H.6 Durata del contratto e proroga tacita dell'assicurazione, della normativa di polizza.

Per i contratti di durata poliennale è prevista per il Contraente la facoltà di recedere dal contratto alle scadenze annuali di polizza senza oneri a suo carico. Il recesso andrà inviato tramite lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.

Coperture assicurative offerte - limitazioni ed esclusioni

La polizza Saracheckup prevede tre versioni alternative: Platinum, Gold, Silver

(la numerazione degli articoli varia secondo la versione di polizza scelta)

Medicina preventiva Artt. A.1, A.2

Interventi chirurgici e ricoveri Artt. B.1, C.1, D.1

Parto Artt. B.3, C.3, D.3

Artt. B.5, C.5 Cure bambini nati da parto indennizzabile fino a 2 anni di età

Recupero tossicodipendenza o alcolismo Art. B.10 **(presente solo su Platinum)**

Visite specialistiche ed esami diagnostici Artt. B.11, C.10 **(presente solo su Platinum e su Gold)**

Acquisto protesi ortopediche ed acquisto o noleggio ausili medico chirurgici Artt. B.12, C.11 **(presente solo su Platinum e su Gold)**

Garanzie aggiuntive operanti solo se stipulate:

Indennità di degenza, convalescenza e gessatura Artt.F.1, F.2, F.3, F.4, F.5, F.6

Invalità permanente da malattia, capitolo G

Formule personalizzate : Sigle, Sportivo, Famiglia, Benessere, vedere capitolo "Formule" delle normative di polizza.

La polizza prevede limitazioni ed esclusioni dalla copertura assicurativa o condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo agli Artt. H.7 Persone non assicurabili; H.8

Rischi esclusi; H.10 Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio (aggravamento o diminuzione del rischio); H.11

Altre assicurazioni; H.3 premio; H.13 Denuncia di sinistro ed obblighi dell'assicurato, della normativa di polizza.

La polizza prevede la presenza di franchigie, scoperti, sottolimiti e massimali agli Artt. B.1, C.1, D.1 Interventi chirurgici e ricoveri;

B.3, C.3, D.3 Parto naturale o cesareo; B.5, C.5 Cure bambini fino a 2 anni di età; B.6, C.6, D.5 Malattie rare bambini fino a 2 anni di

età; B.7, C.7, D.6 Spese per accompagnatore; B.8, C.8, D.7 Indennità di degenza sostitutiva; B.9, C.9, D.9 Spese trapianto; B.10

Recupero da tossicodipendenza ed alcolismo; B.11, C.10 Visite specialistiche ed esami diagnostici; B.12, C.11 Protesi ortopediche

ed acquisto o noleggio ausili medico chirurgici; F.1, F.2, F.3, F.4, F.5, F.6 Indennità di degenza, convalescenza e gessatura; capitolo

G) Invalità permanente da malattia, capitolo I) Tabella Indennizzi , capitolo Formule M) Famiglia, N) Sportivo , O) Benessere, P)

Single, della normativa di polizza.

Nella normativa di polizza non è previsto un limite massimo di età assicurabile.

Esempio di liquidazione indennizzo (I):

Platinum

Intervento per cataratta traumatica con impianto di cristallino (costo ipotizzato € 3.000)

Prestazione effettuata in un Centro convenzionato: indennizzo con "presa in carico" (vedi Glossario) totale della prestazione.

Prestazione effettuata in un Centro non convenzionato con opzione "Sottolimiti": indennizzo a rimborso entro il sottolimito indicato in normativa di polizza nella Tabella Indennizzi (capitolo I) di € 3.200 : indennizzo € 3.000;

con opzione "Scoperto" (10% minimo non indennizzabile € 1.500) indennizzo € 1.500.

Gold e Silver

Intervento per cataratta traumatica con impianto di cristallino (costo ipotizzato € 3.000)

Prestazione effettuata in un Centro convenzionato: indennizzo "presa in carico" (vedi Glossario) della prestazione al netto di franchigia fissa di € 1.500 che rimane a carico dell'Assicurato.

Prestazione effettuata in un Centro non convenzionato: scoperto del 20% con minimo non indennizzabile € 2.500 indennizzo € 500.

Esempio di liquidazione indennizzo (II):

Platinum

Intervento per neoplasia maligna vescicale (costo ipotizzato € 30.000)

Prestazione effettuata in un Centro convenzionato: indennizzo con "presa in carico" (vedi Glossario) totale della prestazione.

Prestazione effettuata in un Centro non convenzionato con opzione "Sottolimiti": indennizzo a rimborso entro il sottolimito indicato in normativa di polizza nella Tabella Indennizzi (capitolo I) di € 26.400 : indennizzo €26.400;

con opzione "Scoperto" (10% minimo non indennizzabile € 1.500 massimo non indennizzabile € 5.000) indennizzo € 27.000.

Gold e Silver

Intervento per neoplasia maligna vescicale (costo ipotizzato € 30.000)

Prestazione effettuata in un Centro convenzionato: "presa in carico" (vedi Glossario) della prestazione al netto di franchigia fissa di € 1.500 che rimane a carico dell'Assicurato.

Prestazione effettuata in un Centro non convenzionato: scoperto del 20% con minimo non indennizzabile € 2.500 ed un massimo non indennizzabile di € 6.000, indennizzo € 24.000.

Esempio di liquidazione indennizzo invalidità permanente da malattia:

Somma assicurata per Invalidità permanente (IPM) € 100.000,00

Postumi accertati di Invalidità permanente da malattia pari al 30% (franchigia fissa pari al 24%: IPM pari o inferiori al 24% non danno diritto all'indennizzo).

Calcolo indennizzo: sulla base della Tabella di cui all'art. 4.1 della normativa di polizza il 30% di postumi permanenti da diritto al 20% del capitale assicurato, pertanto l'indennizzo è pari al 20% della somma assicurata di € 100.000,00 = € 20.000,00

Periodi di carenza contrattuale

La garanzia decorre dalle ore 24:

del giorno di effetto del contratto per gli infortuni;

del 270° giorno successivo a quello di effetto del contratto per il parto;

del 180° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto, sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione;

del 30° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le altre malattie.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio la garanzia è operante con il termine di aspettativa di 30 giorni, solo se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto del contratto.

Qualora il contratto venga emesso in sostituzione di un precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già comprese in detto precedente contratto e fino alla concorrenza delle somme assicurate in esso previste, i termini di carenza sopra indicati decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nel contratto precedente. Art. H.5 Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa, della normativa di polizza

Dichiarazione del contraente e/o assicurato in ordine alle circostanze del rischio

In sede di conclusione del contratto le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Art. H.10 della normativa di polizza. Si richiama anche l'Art. H.11 Altre assicurazioni, della normativa di polizza.

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITÀ DI RISPONDERE IN MANIERA PRECISA E VERITIERA ALLE DOMANDE POSTE SUL QUESTIONARIO ANAMNESTICO.

Aggravamento, diminuzione del rischio

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

A titolo di esempio, nel prodotto SaraCheckUp, circostanza di aggravamento/diminuzione del rischio è la variazione di provincia di residenza. Art. H.10 della normativa di polizza.

Premio

Il premio di polizza è annuale; è però consentito il frazionamento in rate semestrali verso aumento del 4%.

Mezzi di pagamento

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati a Sara assicurazioni spa, oppure intestati all'Agente della Sara Assicurazioni espressamente in tale qualità;
- ordini di bonifico che abbiano quale beneficiario l'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;
- denaro contante per premi di importo entro il limite previsto dalla vigente normativa;
- mezzo di pagamento elettronico ove disponibile presso l'Agenzia.

Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto prevede l'adeguamento automatico (Indicizzazione) delle somme assicurate, del premio nonché dei massimi indennizzi e dei limiti di garanzia, se espressi in cifra assoluta. Art. H.4 della normativa di polizza.

Diritto di recesso

Il presente prodotto non prevede il recesso da parte della Società per sinistro. Art. H.14 Disdetta in caso di sinistro.

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

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

Legge applicabile

Ai sensi dell'art. 180, del D. Lgs. n. 209/2005 per il presente contratto trova applicazione la legge italiana, quale legge dello Stato di ubicazione del rischio, salva la possibilità che le parti convengano di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato. In tal caso il diritto sostanziale applicabile, in caso di controversia, sarà quello della legislazione prescelta.

Regime fiscale

Il contratto prevede la garanzia malattia, per la quale il relativo premio è soggetto all'imposta di assicurazione secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- Malattia: 2,50%

Liquidazione dell'indennizzo

Il sinistro (vedi definizione sul Glossario) insorge al verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia, a titolo di esempio, è il momento dell'intervento chirurgico e/o del ricovero o del parto.

Per la garanzia Invalidità permanente da malattia il sinistro insorge con lo stabilizzarsi dei postumi ai quali residua un'invalidità permanente indennizzabile a termini di polizza, i postumi non dovranno essere inferiori al 25% (la garanzia prevede una franchigia del 24%), valutati secondo l'allegato n° 1 "Parametri indicativi per la valutazione dell'invalidità permanente da malattia" della normativa di polizza.

Sono previste in polizza modalità e termini per la denuncia del sinistro regolati all' art. H.13 Denuncia di sinistro ed obblighi dell'assicurato, della normativa contrattuale.

L'Assicurato o in caso di morte i beneficiari, devono sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, Art. H.13 Denuncia di sinistro ed obblighi dell'assicurato, della normativa di polizza. Non è prevista visita medica fatta eccezione per la garanzia Invalidità Permanente da malattia, capitolo G, relativamente alla quale, per l'accertamento dei postumi, potrebbe essere richiesta.

Non sono comunque previste spese a carico dell'assicurato per l'accertamento del danno fatta eccezione di quelle per l'eventuale acquisizione della cartella clinica (ove richiesta) che rimangono a carico dell'assicurato.

Non sono previsti termini minimi e massimi entro il quale la Società effettua gli accertamenti tranne che per la garanzia Invalidità permanente da malattia di cui al capitolo G, dove l'accertamento del grado di invalidità permanente indennizzabile viene effettuato non prima che sia decorso un anno dalla denuncia di sinistro.

Per la liquidazione dell'indennizzo si rimanda all'art. H.15 Criteri di liquidazione, della normativa contrattuale ed all'allegato 3 della normativa di polizza.

Assistenza diretta - convenzioni

(vedi "Pagamento diretto" e "Centro convenzionato/specialista convenzionato" sul Glossario)

Nei Centri convenzionati la copertura assicurativa viene prestata nella forma dell'assistenza diretta tramite la Centrale salute di Sara Assicurazioni che provvede alla "presa in carico" (vedi Glossario) delle prestazioni indennizzabili a termini di polizza.

Se è stata stipulata la polizza **Platinum** la Centrale Salute effettua la "presa in carico" dell'intervento chirurgico e/o ricovero, se invece è stata stipulata la polizza **Gold** o **Silver** la centrale Salute effettua la "presa in carico" ma al netto di una franchigia fissa di € 1.500,00. **Nei casi in cui il cliente non si avvale dei Centri convenzionati** l'indennizzo viene erogato in forma di rimborso nei seguenti termini: nella **Platinum**, secondo la scelta del cliente effettuata al momento della stipula, vengono applicati dei sottolimiti di

indennizzo (Artt. B.2 Indennizzi interventi chirurgici e ricoveri, B.4 Indennizzi per parto naturale o cesareo, Capitolo I Tabella indennizzi) o, in alternativa, viene applicato uno scoperto del 10% con un minimo ed un massimo non indennizzabile. Nella **Gold** e nella **Silver** fuori dai Centri convenzionati viene applicato uno scoperto del 20% con un minimo ed un massimo non indennizzabile (Artt. C.2, D.2 Indennizzi interventi chirurgici e ricoveri, C.4, D.4 Indennizzi parto naturale o cesareo).

Alcune garanzie come, a titolo di esempio, la medicina preventiva e le visite specialistiche ed esami diagnostici (in assenza di ricovero o intervento), qualora siano state stipulate, **vengono prestate solo presso i Centri convenzionati**. Capitolo A Medicina preventiva, B.11, C.10 Visite specialistiche ed esami diagnostici, M.2 Cure per il figlio adottivo, M.3 Checkup per il coniuge, M.4 Corso di preparazione al parto, M.5 Esami per diagnosi infertilità, N.2 Riabilitazione, N.4 Preparatore atletico, O.3 Disassuefazione tabagica, O.4 Vaccini, O.5 Ginnastica posturale, O.6 Nuoto fisioterapico o terapie fisioterapiche in acqua, O.7 Agopuntura, O.8 Cure termali, O.9 Cure dimagranti, della normativa di polizza.

Per le modalità di attivazione dell'assistenza diretta tramite "presa in carico" ed informazioni sulla Centrale salute vedi capitolo La Centrale Salute della normativa di polizza.

L'elenco dei Centri/medici convenzionati ed eventuali aggiornamenti sono disponibili sul sito Internet della Società www.sara.it o informazioni in merito potranno essere richieste alla Centrale Salute.

Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a SARA assicurazioni spa - Gestione Reclami, via Po 20, 00198 Roma, telefax 06/8475254, e-mail gest.reclami@sara.it. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. **Per la risoluzione delle liti transfrontaliere** il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) o all'ISVAP, che provvede lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante. **In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.**

Arbitrato

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Art. H.16 della normativa di polizza.

In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Informazioni specifiche sul contratto - Assistenza

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali. Per le condizioni di contratto si rinvia al testo delle condizioni di assicurazione allegate al presente fascicolo.

Durata del contratto

Il contratto prevede il tacito rinnovo alla scadenza; 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, Codice Civile. Art. C6 della normativa di polizza.

Per i contratti di durata poliennale è prevista per il Contraente la facoltà di recedere dal contratto alle scadenze annuali di polizza senza oneri a suo carico. Il recesso andrà inviato tramite lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.

Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Le prestazioni di assistenza sono operanti se espressamente richiamate sul frontespizio di polizza ove sottoscritte.

Per ciascuna di esse, nella rispettiva sezione delle condizioni contrattuali, sono stabiliti dei massimali di spesa entro quali Sara prende a carico l'intervento. Tali limitazioni possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Le prestazioni garantite sono:

- **Prelievo campioni al domicilio (art. E.1);**
- **Invio medicinali od articoli sanitari al domicilio (art. E.2);**
- **Assistenza pediatrica per figlio assicurato (art. E.3);**
- **Assistenza cardiologica al domicilio (art. E.4);**
- **Trasporto in autoambulanza (art. E.5);**
- **Autista per riportare il veicolo dell'assicurato alla città di residenza (art. E.6);**
- **Informazioni cliniche sul paziente (art. E.7);**
- **Trasmissione messaggi urgenti (art. E.8);**
- **Trasferimento in centri specializzati (art. E.9);**
- **Rimpatrio sanitario (art. E.10);**
- **Viaggio di un familiare per raggiungere l'assicurato ricoverato (art. E.11);**



- Rimpatrio della salma (art. E.12);
- Invio somme di denaro per spese mediche all'estero (art. E.13);
- Recapito medicinali all'estero (art. E.14);
- Interprete all'estero (art. E.15);
- Rientro dei figli minori (art. E.16);
- Assistenza domiciliare (art. P.2);
- Invio infermiere a domicilio (art. P.3);
- Assistenza notturna in istituto di cura (art. P.4);
- Spesa a domicilio e pagamento bollette in scadenza (art. P.5);
- Baby-sitter per minore/i di anni 15 o badante per persone anziane (art. P.6);
- Pensione per animali domestici (art. P.7);
- Telesoccorso a familiare anziano non autosufficiente dell'Assicurato (art. P.8);
- Telesoccorso all'Assicurato (art. P.9).

Esempio di liquidazione indennizzo:

Se viene colpita la garanzia "rimpatrio sanitario", l'assicurato che, in viaggio all'estero, a seguito di malattia o infortunio indennizzabili a termini di polizza, si trovi in condizioni tali da rendere necessario e possibile il suo trasporto in Italia, ha diritto al trasporto con i mezzi che la Centrale Operativa riterrà più idonei. Le spese eccedenti il massimale di € 5.000 rimarranno a carico dell'assicurato.

Periodi di carenza contrattuale

La garanzia decorre dalle ore 24:

del giorno di effetto del contratto per gli infortuni;

del 270° giorno successivo a quello di effetto del contratto per il parto;

del 180° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto, sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione;

del 30° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le altre malattie.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio la garanzia è operante con il termine di aspettativa di 30 giorni, solo se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto del contratto.

Qualora il contratto venga emesso in sostituzione di un precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già comprese in detto precedente contratto e fino alla concorrenza delle somme assicurate in esso previste, i termini di carenza sopra indicati decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nel contratto precedente. Art. H.5 della normativa di polizza.

Dichiarazione del Contraente e/o Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

In sede di conclusione del contratto, le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Art. H.10 della normativa di polizza. Si richiama anche l'Art. H.11 Altre assicurazioni, della normativa di polizza.

Aggravamento e diminuzione del rischio

La garanzia Assistenza non prevede aggravamento e diminuzione del rischio.

Premio

Il premio di polizza è annuale; è però consentito il frazionamento in rate semestrali verso aumento del 4%.

Mezzi di pagamento

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento:

- a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati a Sara assicurazioni spa, oppure intestati all'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;
- b) ordini di bonifico che abbiano quale beneficiario l'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;
- c) denaro contante per premi di importo entro il limite previsto dalla vigente normativa;
- d) mezzo di pagamento elettronico ove disponibile presso l'Agenzia.

Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto prevede l'adeguamento automatico (Indicizzazione) delle somme assicurate, del premio nonché dei massimi indennizzi e dei limiti di garanzia, se espressi in cifra assoluta. Art. H.4 della normativa di polizza.

Tale disposto non è operante per la garanzia assistenza.

Diritto di recesso

Il presente prodotto non prevede il recesso da parte della Società per sinistro. Art. H.14 Disdetta in caso di sinistro.

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

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

Legge applicabile

Ai sensi dell'art. 180, del D. Lgs. n. 209/2005 per il presente contratto trova applicazione la legge italiana, quale legge dello Stato di ubicazione del rischio, salva la possibilità che le parti convengano di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato, in tal caso il diritto sostanziale applicabile in caso di controversia sarà quello della legislazione prescelta

Regime fiscale

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

- Assistenza: 10%

Liquidazione dell'indennizzo

Relativamente al ramo assistenza, la Società ha affidato la prestazione dei servizi e la gestione dei sinistri ad ACI Global S.p.A. con sede in Via Stanislao Cannizzaro n. 83/a, 00156 - Roma. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'apposito paragrafo della normativa di polizza "la Centrale Operativa".

Per ottenere assistenza l'assicurato dovrà comunque contattare preventivamente la Centrale Operativa di Aciglobal ai numeri indicati nella normativa di polizza.

RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a SARA assicurazioni spa - Gestione Reclami, via Po 20, 00198 Roma, telefax 06/8475254, e-mail gest.reclami@sara.it. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. **Per la risoluzione delle liti transfrontaliere** il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) o all'ISVAP, che provvede lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante. **In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.**

Arbitrato

Le eventuali controversie sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio arbitrale. In relazione a tali controversie si ricorda che permane in ogni caso il diritto dell'assicurato di rivolgersi dell'Autorità Giudiziaria. Art. H.16 della normativa di polizza.

GLOSSARIO

Ai seguenti termini (definizioni), che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato.

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

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione

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

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

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

Centrale operativa: Centrale Salute: Centrale salute di Sara Assicurazioni, Viale Sarca 336, Milano 20126, cui presentare la richiesta di indennizzo o di **presa in carico** per indennizzo tramite **pagamento diretto** (vedi definizioni) ai Centri convenzionati. La Centrale osserva il seguente orario: lunedì - venerdì ore 08,00 - ore 18. Sabato ore 08,00 - ore 12,00. Numero telefonico: 800.095.095; fax: 02 -66116082. La Centrale fornisce inoltre indicazioni in merito alle condizioni della presente polizza; informazioni sullo stato del sinistro; informazioni relative ai Centri convenzionati; indicazioni in merito alle modalità di presa in carico.

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

Centro convenzionato/medico specialista convenzionato: istituto di diagnosi e/o cura, medico specialista convenzionato con la Società, che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti (fatta eccezione per eventuali scoperti o franchigie previsti in polizza), in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza, direttamente dalla Società.

L'elenco dei Centri e dei medici convenzionati può essere soggetto a variazioni. L'elenco ed eventuali aggiornamenti sono disponibili sul sito Internet della Società www.sara.it e/o informazioni in merito potranno essere richieste alla Centrale Salute.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione

Domicilio: l'abitazione dell'Assicurato

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

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

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

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

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

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

Lettera di impegno: documento che riporti gli obblighi reciproci, tra Assicurato e Centro convenzionato, in relazione al ricovero e con riferimento alle condizioni di assicurazione.

Deve essere sottoscritta dall'Assicurato anteriormente all'esecuzione delle prestazioni presso i Centri convenzionati.

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

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

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

Polizza: il documento che prova l'assicurazione

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società

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

Ricovero: la permanenza in istituto di cura con pernottamento.

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

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro

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

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

Società: Sara Assicurazioni Spa

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

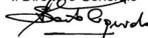
Viaggio: lo spostamento dell'Assicurato dalla propria residenza/soggiorno ad oltre 50 Km dal comune di residenza/soggiorno.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo, con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti di indennizzo, gli obblighi dell'assicurato in caso di sinistro, la durata del contratto ed il recesso delle parti.

Sara Assicurazioni Spa è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale

Il Direttore Generale



PAGINA LASCIATA

INTENZIONALMENTE

IN BIANCO

SaraCheckUp

Condizioni di Assicurazione

LA CENTRALE OPERATIVA	Pag. 3
DEFINIZIONI	Pag. 3
A) MEDICINA PREVENTIVA	Pag. 5
SARACHECKUP:	
B) PLATINUM	Pag. 6
C) GOLD	Pag. 12
D) SILVER	Pag. 18
E) ASSISTENZA	Pag. 22
F) GARANZIE AGGIUNTIVE	Pag. 25
G) INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	Pag. 26
H) NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI	Pag. 27
I) TABELLA INDENNIZZI	Pag. 32
L) CONDIZIONE SPECIALE SOCIO ACI	Pag. 37
FORMULE	Pag. 37
M) Famiglia	Pag. 37
N) Sportivo	Pag. 38
O) Benessere	Pag. 39
P) Single	Pag. 40
ALLEGATO 1 - Parametri indicativi per la valutazione dell'Invalidità Permanente da Malattia	Pag. 42
ALLEGATO 2 - Come comportarsi in caso di sinistro	Pag. 47
ALLEGATO 3 - Lettera di impegno	Pag. 48

LA CENTRALE OPERATIVA

Sara Assicurazioni provvede, per il tramite della Centrale Operativa di Aci Global - con sede in Viale Sarca 336 - 20126 Milano - ad erogare le prestazioni di ASSISTENZA previste alla sezione III del capitolo A) delle presenti condizioni.

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

Numero verde: 800.095.095

Per chi chiama dall'estero : +39.02.66165538

Per fax: 02 66116082

Per e-mail : saracheckup@sara.it

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

Attraverso gli stessi numeri della Centrale Operativa si può accedere alla Centrale Salute di Sara Assicurazioni, che ha il compito di attivare tutte le garanzie malattia della polizza SaraCheckUp. La Centrale Salute, quindi, riceve e gestisce tutte le denunce di sinistro ed inoltre provvede a fornire:

- la "presa in carico" delle prestazioni dei Centri e degli Specialisti convenzionati, per la quale l'assicurato deve necessariamente rivolgersi alla Centrale Salute,
- la consulenza sulla scelta dei "Centri e specialisti convenzionati" e le relative prenotazioni,
- la consulenza assicurativa sulle garanzie di polizza e sulla rete commerciale della Compagnia,
- la consulenza medica in linea,
- la consulenza telefonica su norme e diritti relativi al S.S.N., sui Centri di eccellenza in Italia e all'estero, sulla medicina del turismo e di medicina tropicale; su vaccinazioni ed obblighi di legge, sui centri termali e di fitness, su AIDS e malattie sessualmente trasmesse, su alberghi in Italia che accettano portatori di handicap.

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

DEFINIZIONI

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

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

Assicurazione : il contratto di assicurazione

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

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

Centrale Salute: Centrale salute di SARA assicurazioni , Viale Sarca 336, Milano, 20126, a cui presentare la richiesta di indennizzo o di **presa in carico** per indennizzo tramite **pagamento diretto** (vedi definizioni) ai Centri convenzionati. Le Centrale osserva il seguente orario: lunedì - venerdì ore 08,00 - ore 18. Sabato ore 08,00 - ore 12,00. Numero telefonico: 800.095.095; fax: 02 - 66116082; e-mail: saramedical@sara.it

La Centrale operativa fornisce inoltre indicazioni in merito alle condizioni della presente polizza; informazioni sullo stato del sinistro; informazioni relative ai Centri di cura ed ai medici specialisti convenzionati; indicazioni in merito alle modalità di presa in carico. Ogni comunicazione scritta ed eventuale documentazione andranno inviate all'indirizzo suindicato o in alternativa trasmesse tramite fax.

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

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

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

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

Contraente : il soggetto che stipula l'assicurazione

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

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

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

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

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

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

Lettera di impegno : documento che riporti gli obblighi reciproci, tra Assicurato e Centro convenzionato, in relazione al ricovero e con riferimento alle condizioni di assicurazione.

Deve essere sottoscritta dall'Assicurato anteriormente all'esecuzione delle prestazioni presso i Centri convenzionati.

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

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

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

Polizza : il documento che prova l'assicurazione

Premio : la somma dovuta dal Contraente alla Società

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

Ricovero : la permanenza in istituto di cura con pernottamento.

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

Rischio : la possibilità che si verifichi il sinistro

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

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

Società : SARA assicurazioni spa

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

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

A. MEDICINA PREVENTIVA

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

A.1) Checkup

Entro il termine della seconda annualità del contratto la Società offre all'Assicurato la possibilità di effettuare gratuitamente un checkup presso i Centri convenzionati, anche in assenza di alterazioni morbose. Il checkup comprende di base i seguenti esami: **per le donne:** elettrocardiogramma a riposo, esame completo delle urine ed i seguenti esami del sangue: Ca15.3, test per epatite HCV, emocromo completo, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES; **per gli uomini:** elettrocardiogramma a riposo, RX del torace, esame completo delle urine ed i seguenti esami del sangue: test per epatite HCV, emocromo completo, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES; **per i bambini fino a 6 mesi :** ecografia delle anche ; **per i bambini fino a 12 anni:** visita oculistica/ortottica ed i seguenti esami : emocromo completo, emogruppo e fattore RH, conteggio reticolociti, glicemia, creatininemia, sideremia, bilirubinemia, TAS, PCR, VES ed esame urine completo . Fa seguito al checkup , un incontro conclusivo, nel corso della quale il medico fiduciario della Società (per i bambini un pediatra) valuta ed espone all'Assicurato i risultati degli esami; Successivamente all'esecuzione del check up ed all'incontro conclusivo con il medico fiduciario della Società, l'Assicurato ha la possibilità di richiedere, tramite la Centrale Salute, di essere iscritto nel Club Mantenimento salute, vedi paragrafo b) successivo, e partecipare ad un programma di prevenzione mirata, che si svolgerà presso i Centri Convenzionati.

A.2) Club Mantenimento Salute

L'Assicurato che, dopo aver eseguito il checkup, decida di aderire al Club Mantenimento Salute, parteciperà ad un Programma personalizzato e mirato al mantenimento dello stato di salute, tramite la prevenzione e la diagnosi precoce.

Per aderire al Club l'Assicurato deve farne richiesta alla Centrale Salute che provvederà all'iscrizione ed a rilasciare tutte le informazioni necessarie.

L'iscrizione al Club Mantenimento Salute deve essere effettuata entro e non oltre il termine della seconda annualità del contratto.

Avvenuta l'iscrizione al Club, l'Assicurato, seguendo le istruzioni della Centrale Salute, verrà invitato a presentarsi presso i Centri Convenzionati indicati dove verranno eseguiti gli esami e le visite ritenuti necessari dal medico fiduciario della Società.

La Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato del 75% del costo degli esami e delle visite effettuate dall'Assicurato su prescrizione del medico fiduciario della Società. Il pagamento dello scoperto viene effettuato direttamente dall'Assicurato secondo le modalità definite all'art. H.15 "Criteri di liquidazione", lett. a).

A cura dei medici interessati, eseguiti gli esami necessari, verrà compilata, **su autorizzazione scritta dell'Assicurato**, una scheda sanitaria contenente l'anamnesi dell'Assicurato, le visite mediche, gli accertamenti effettuati, quelli eventualmente previsti in futuro ed eventuali problemi clinici emergenti, dando origine così alla cartella sanitaria personale dell'Assicurato, base del Programma mantenimento salute. Al termine della durata contrattuale la Società provvederà alla restituzione all'Assicurato della cartella sanitaria ed alla cancellazione di tutti i dati sensibili dell'Assicurato con l'unica eccezione di quelli per i quali e' prevista la conservazione in adempimento ad obblighi di legge (oltre che per l'esecuzione delle prestazioni previste in polizza). La conservazione avviene per un periodo di tempo non superiore a quello reso necessario dagli obblighi di legge.

La Centrale Salute provvede a mettere a scadenza ed a prenotare i successivi esami diagnostici e/o le visite di controllo prescritte dal medico fiduciario della Società, dandone avviso all'Assicurato. Inoltre, quando l'Assicurato od un suo medico di fiducia, necessitano di dati relativi ad interventi e/o prestazioni sanitarie fruite, la Centrale Salute invierà, su esplicita richiesta dall'Assicurato e con la massima riservatezza, i dati raccolti

L'appartenenza al Club andrà confermata dall'Assicurato di anno in anno, dandone comunicazione alla Centrale Salute o piu' semplicemente richiedendo l'esecuzione dello specifico programma.

L'iscrizione e l'appartenenza al Club Mantenimento Salute, sono subordinati all'emissione, rinnovo e validità della polizza Saracheckup; l'iscrizione al Club e' valida pertanto unicamente per il periodo di validità della polizza Saracheckup e sempre che l'Assicurato sia in regola con i pagamenti dei premi della polizza assicurativa.

B) SARACHECKUP PLATINUM

B.1) INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI

a) La Società **in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, o di intervento chirurgico anche in assenza di ricovero**, reso necessario da malattia o da infortunio che risultino in garanzia a termini di polizza, provvede ad indennizzare le seguenti spese inerenti al ricovero od all'intervento chirurgico (nei limiti previsti all'art. B.2 "Indennizzi interventi chirurgici e ricoveri")

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

b) La Società provvede inoltre, nei casi di cui al precedente punto a), al rimborso delle spese, inerenti all'intervento chirurgico od al ricovero, sostenute dall'Assicurato (nei limiti previsti all'art. B.2 "Indennizzi Interventi chirurgici e ricoveri") per:

- **nei 120 giorni precedenti** all'intervento chirurgico od alla data di inizio del ricovero:
 - esami diagnostici e visite specialistiche
 - trasporto in autoambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, per un costo massimo di € € 300,00 per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato ad € 6.000 se il trasporto avviene in eliambulanza (tale importo è previsto solo per questa prestazione e la somma è da ritenersi aggiuntiva rispetto a quanto disposto al seguente art. B.2 "indennizzi interventi chirurgici e ricoveri").
- **nei 120 giorni successivi** all'intervento chirurgico od alla data di termine del ricovero:
 - fisioterapia e trattamenti rieducativi
 - cure termali (escluse spese alberghiere)
 - prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche
 - esami diagnostici e visite specialistiche
 - medicinali

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

d) Sono compresi in garanzia, con le stesse modalità di cui ai precedenti punti a) e b) gli interventi chirurgici per l'eliminazione di **ernie inguinali ed addominali**,

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

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

g) Malattia oncologica

In caso di malattia oncologica, oltre a quanto indicato nell'art. B.1 "Interventi chirurgici e ricoveri" l'impresa rimborsa entro il limite di € 15.000 per persona ed annualità assicurativa :

- le spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici che abbiano confermato la malattia oncologica, anche se non seguiti da ricovero;
- in presenza di ricovero, anche in day hospital , nei termini di cui al successivo art. B.2 "Indennizzi interventi chirurgici e ricoveri" le spese per visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla malattia oncologica nei due anni successivi alla data di cessazione del primo ricovero relativo alla malattia stessa;
- in presenza di ricovero, le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione entro il sottolimito per anno assicurativo di € 6.000,00.

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

B.2) INDENNIZZI INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI

a) Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati

La Società provvede al "pagamento diretto" al Centro Convenzionato delle spese previste all'art. B.1 "Interventi chirurgici e ricoveri", fatta eccezione per le spese previste alla lettera b) dell'art. B.1 "Interventi chirurgici e ricoveri" per le quali la Società provvede al rimborso all'Assicurato nel limite massimo per sinistro di € 4.000,00.

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini dell'art. B.11 "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

b) Interventi chirurgici e ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati

Se è stata selezionata l'opzione "**sottolimiti**" la Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese previste alla lettera a) all'art. B.1 "Interventi chirurgici e ricoveri" nel limite dei massimali stabiliti nel capitolo I) Tabella Indennizzi.

Qualora sia stata selezionata l'opzione "**scoperto**", la Società provvede al rimborso delle spese previste alla lettera a) dell'art. B.1 "Interventi chirurgici e ricoveri" **con applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo non indennizzabile di € 1.500,00 ed un massimo non indennizzabile di € 5.000,00.**

Per i ricoveri o interventi chirurgici dovuti alle patologie di seguito indicate la Società provvede invece al rimborso delle relative spese sostenute dall'Assicurato **con il limite massimo per ricovero o intervento chirurgico sotto riportato, in questo caso il rimborso verrà effettuato senza l'applicazione di scoperti o franchigie:**

- Alluce valgo € 3.400
- Emorroidectomia, rinoseptoplastica € 5.000
- Appendicectomia, ernioplastica € 5.200
- Meniscectomia € 7.400
- Colectomia € 7.800
- Prostatectomia: per adenoma € 8.000, per carcinoma € 14.800

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. B.1 "Interventi chirurgici e ricoveri" la Società provvede al rimborso all'Assicurato, **nel limite massimo per sinistro di € 4.000,00.**

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini dell'art. B.11 "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

b1) Anticipo dell'indennizzo

Nei casi previsti al presente punto b), in caso di sinistro comportante ricovero in un Istituto di cura (anche in day hospital), l'Assicurato ha diritto ad ottenere un'anticipazione dell'indennizzo a condizione che fornisca la documentazione medica sufficiente alla Società per accertare l'indennizzabilità del sinistro stesso.

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

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

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

b2) Infortuni all'estero

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

c) Interventi in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desideri utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) dell'art. B.1 "Interventi chirurgici e ricoveri" nei seguenti termini:

- Se è stata selezionata l'opzione "**sottolimiti**" la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato e l'Assicurato provvede a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro i limiti indicati per le equipe mediche nel capitolo I) Tabella Indennizzi;

- Se è stata selezionata l'opzione "**scoperto**" la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato ed a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia **con applicazione di uno scoperto del 20% e con il massimo non indennizzabile di € 5.000.**

Per i ricoveri o interventi chirurgici dovuti alle patologie di seguito indicate la Società provvede invece al rimborso delle relative spese per equipe sostenute dall'Assicurato **con il limite massimo per equipe sotto riportato ed in questo caso il rimborso verrà effettuato senza l'applicazione di scoperti o franchigie:**

- Alluce valgo, Emorroidectomia € 2.800
- Ernioplastica, € 3.000
- Rinasettoplastica € 3.200,
- Appendicectomia € 3.300
- meniscectomia € 3.800
- Colectomia € 4.800
- Prostatectomia: per adenoma € 4.000, per carcinoma € 8.400

Per le spese previste alla lettera b) dell'art B.1 "Interventi chirurgici e ricoveri" la Società provvede al rimborso **entro il limite massimo per sinistro di € 4.000.**

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini dell'art. B.11 "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

B.3) PARTO NATURALE O CESAREO

a) La Società in caso di parto, naturale o cesareo, che risulti in garanzia a termini di polizza, provvede all'indennizzo delle seguenti spese inerenti il parto (nei limiti previsti all' art. B.4 "Indennizzi per parto naturale o cesareo"):

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

b) La Società provvede inoltre, nei casi previsti al precedente punto a), al rimborso delle spese, relative al parto, sostenute dall'Assicurata (nei limiti previsti agli art. B.4 "Indennizzi per parto naturale o cesareo") per:

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

- esami diagnostici e visite specialistiche (con il limite di 3 visite specialistiche e 3 ecografie).
 - trasporto in autoambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, per un costo massimo di € € 300,00 per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato ad € 6.000 se il trasporto avviene in eliambulanza (tale importo è previsto solo per questa prestazione e la somma è da ritenersi aggiuntiva rispetto a quanto disposto al seguente art. B.4 "Indennizzi per parto naturale o cesareo").

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

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

B.4) INDENNIZZI PER PARTO NATURALE O CESAREO

a) Per **Parto effettuato nei Centri convenzionati**

la Società provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato delle spese previste alla lettera a) dell'art. B.3 "Parto naturale o cesareo" .

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. B.3 "Parto naturale o cesareo", la Società provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato entro il limite massimo per **sinistro di € 2.000,00**.

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini degli art. B.11 "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurata.

b) Per **Parto effettuato in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati:**

la Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese, previste alla lettera a) dell'art. B.3 "Parto naturale o cesareo", entro il limite massimo di **€ 8.400,00 per parto naturale e di € 9.800,00 per parto cesareo**.

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. B.3, la Società provvede al rimborso all'Assicurata **entro il limite massimo per sinistro di € 2.000,00**.

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini dell'art. B.11 "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurata.

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

Qualora, nei casi previsti all'art. B.3 "Parto naturale o cesareo", l'Assicurato desidera utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato e l'Assicurato deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro il limite massimo per le equipe mediche **di € 4.200,00 per parto naturale e di € 6.600,00 per parto cesareo**.

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. B.3 "Parto naturale o cesareo", la Società provvede al rimborso **entro il limite massimo per sinistro di € 2.000,00**.

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini dell'art. B.11 "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurata.

B.5) CURE BAMBINI FINO A DUE ANNI DI ETÀ

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

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

B.6) MALATTIE RARE BAMBINI FINO A DUE ANNI DI ETÀ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualora il neonato venga ricoverato in un Istituto di cura a seguito di malattia rara indennizzabile a termini di polizza ed i genitori abbiano difficoltà a comunicare con i medici perché non conoscono la lingua, la Centrale Operativa invierà un interprete. Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 500,00 per annualità assicurativa.

3. Ricerca Centri di eccellenza

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

4. Rimborso spese per "Secondo parere" medico

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

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

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

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

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

- trasposizione congenitamente corretta dei grossi vasi
- tetralogia di fallot
- stenosi valvolare polmonare congenita
- stenosi sopravvalvolare dell'aorta
- neuroblastoma
- onfalocele
- gastroschisi
- associazione VATER
- canale atrioventricolare parziale
- canale atrioventricolare completo
- atresia esofagea
- atresia della tricuspide
- atresia biliare

B.7) SPESE PER ACCOMPAGNATORE

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

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

B.8) INDENNITÀ DI DEGENZA SOSTITUTIVA

L'Assicurato, nel caso in cui debba essere ricoverato in un Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini di polizza, può chiedere **in sostituzione integrale** del pagamento diretto o del rimborso delle spese previste ai precedenti artt. B.1 "Interventi chirurgici e ricoveri", B.3 "Parto naturale o cesareo", B.7 "Spese per accompagnatore", B.9 "Spese trapianto" (spese per intervento chirurgico, ricovero e parto, comprese quelle per le prestazioni nei 120 giorni precedenti e successivi, le spese per accompagnatore e le spese trapianto), il pagamento di un'indennità giornaliera di € 100,00 per ogni giorno di ricovero, per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa. L'indennità, dovuta a termini di quanto precede, spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati. La Società, a termini di quanto precede e negli stessi limiti, corrisponde l'indennità su detta anche in caso di ricovero in "day hospital".

B.9) SPESE TRAPIANTO

In caso di trapianto di organi o parte di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, nei limiti del massimale per annualità assicurativa di € 5000,00, la Società rimborsa tutte le pertinenti spese per il prelievo, per il ricovero, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, le cure, i medicinali, le rette di degenza nonche' le spese per il trasporto degli organi o parte di essi.

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

B.10) RECUPERO DA TOSSICODIPENDENZA ED ALCOLISMO

Fermo restando quanto previsto dall'art. H.7 "Persone non assicurabili", qualora nel corso dell'assicurazione, l'Assicurato, immune da tossicodipendenza ed alcolismo al momento della stipula della polizza, venisse colpito da intossicazione da stupefacenti o da alcolismo, la Società si impegna a corrispondere un indennizzo forfetario, "una tantum", pari ad € 2.500,00, all'Assicurato, che si sottoponga a cure disintossicanti continuative presso Centri, Comunità di recupero od Istituti di cura regolarmente abilitati al recupero psicofisico dei tossicodipendenti e degli alcolisti.

B.11) VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI

a) La Società, nei limiti del massimale annuo di € 2500,00, in caso di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di polizza, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al pagamento diretto delle spese per visite mediche specialistiche effettuate dall'Assicurato presso i Centri Convenzionati, al netto della franchigia di € 30,00 per ogni visita medica specialistica. Il pagamento della franchigia deve essere effettuato direttamente dall'Assicurato secondo le modalità definite all'art. H.15 "Criteri di liquidazione".

Le visite mediche specialistiche devono essere prenotate dall'Assicurato tramite la Centrale Salute.

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

b) La Società, nei limiti del massimale annuo di € 2500,00, in caso di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di polizza, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante il dubbio diagnostico, provvede al pagamento diretto, in misura del 75%, delle spese per esami diagnostici effettuati dall'Assicurato presso i Centri convenzionati. Il rimanente 25% con un minimo di € 30, rimane a carico dell'Assicurato. Il pagamento dello scoperto deve essere effettuato direttamente dall'Assicurato secondo le modalità definite all'art. H.15 "Criteri di liquidazione".

Gli esami diagnostici devono essere prenotati dall'Assicurato tramite la Centrale Salute. Qualora l'Assicurato per l'effettuazione degli esami diagnostici ricorra al S.S.N., la Società provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al rimborso del 100% delle spese per ticket degli esami effettuati.

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

Nel caso in cui non fosse possibile eseguire le prestazioni di cui al punto a) e b) presso una struttura convenzionata con la Società, la Centrale Salute provvederà a dare indicazioni all'assicurato

B.12) ACQUISTO PROTESI ORTOPEDICHE ED ACQUISTO O NOLEGGIO AUSILI MEDICO CHIRURGICI

La Società, fino alla concorrenza di un importo massimo pari ad € 2.500,00 per annualità assicurativa, provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, in conseguenza di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, per :

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

C) SARACHECKUP GOLD

C.1) - INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI

a) La Società in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, o di intervento chirurgico anche in assenza di ricovero, reso necessario da malattia o da infortunio che risultino in garanzia a termini di polizza, provvede ad indennizzare le seguenti spese inerenti al ricovero od all'intervento chirurgico (nei limiti previsti all'art. C.2 "Indennizzi interventi chirurgici e ricoveri")

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

b) La Società provvede inoltre, nei casi di cui al precedente punto a), al rimborso delle spese, inerenti all'intervento chirurgico od al ricovero, sostenute dall'Assicurato (nei limiti previsti all'art. C.2 "Indennizzi per interventi chirurgici o ricoveri") per:

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

- esami diagnostici e visite specialistiche
 - trasporto in autoambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, per un costo massimo di € € 300,00 per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato ad € 6.000 se il trasporto avviene in eliambulanza (tale importo è previsto solo per questa prestazione e la somma è da ritenersi aggiuntiva rispetto a quanto disposto al seguente art. C.2 "Indennizzi per interventi chirurgici e ricoveri").

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

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

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

d) Sono compresi in garanzia, con le stesse modalità di cui ai precedenti punti a) e b) gli interventi chirurgici per l'eliminazione di **ernie inguinali ed addominali**,

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

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

g) **Malattia oncologica**

In caso di malattia oncologica, oltre a quanto indicato nell'art. C.1 "Interventi chirurgici e ricoveri", l'impresa rimborsa entro il limite di € 15.000 per persona ed annualità assicurativa:

- le spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici che abbiano confermato la malattia oncologica, anche se non seguiti da ricovero;
- in presenza di ricovero, anche in day hospital, nei termini di cui al successivo art. C.2 "Indennizzi per interventi chirurgici e ricoveri", le spese per visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla malattia oncologica nei due anni successivi alla data di cessazione del primo ricovero relativo alla malattia stessa;
- in presenza di ricovero, le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione entro il sottolimito per anno assicurativo di € 6.000,00.

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

C. 2) INDENNIZZI PER INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI

a) Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati

La Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese previste alla lettera a) dell'art. C.1 "Interventi chirurgici e ricoveri" **previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500,00**, fatta eccezione per le spese previste alla lettera b) dell'art. C.1 "Interventi chirurgici e ricoveri" per le quali la Società provvede al rimborso all' Assicurato **nel limite massimo per sinistro di € 3.000,00**.

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini dell'art. C.10 "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

b) Interventi chirurgici ed i ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati

La Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese previste alla lettera a) dell'art. C.1 "Interventi chirurgici e ricoveri", **con applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 2.500,00 ed un massimo non indennizzabile di € 6.000,00**.

Per i ricoveri o interventi chirurgici dovuti alle patologie di seguito indicate la Società provvede invece al rimborso delle relative spese sostenute dall'Assicurato con il limite massimo per ricovero o intervento chirurgico sotto riportato:

- Alluce valgo € 3.400
- Emorroidectomia, rinosettoplastica € 5.000
- Appendicectomia, ernioplastica € 5.200
- Meniscectomia € 7.400
- Colectomia € 7.800
- Prostatectomia: per adenoma € 8.000, per carcinoma € 14.800

In questo caso il rimborso verrà effettuato con applicazione di una franchigia fissa di € 1.500,00 come nei Centri convenzionati.

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. C.1 "Interventi chirurgici e ricoveri", la Società provvede al rimborso all'Assicurato, **nel limite massimo per sinistro di € 3.000,00**.

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini dell'art. C.10 "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

b).1 Anticipo dell'indennizzo

Nei casi previsti al presente punto b), in caso di sinistro comportante ricovero in un Istituto di cura (anche in day hospital), l'Assicurato ha diritto di ottenere un'anticipazione dell'indennizzo a condizione che fornisca la documentazione medica sufficiente alla Società per accertare l'indennizzabilità del sinistro stesso.

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

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

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

b).2 Infortuni all'estero

Qualora l'assicurato che si trovi all'estero subisca un infortunio certificato da documentazione del locale pronto soccorso e le condizioni dell'Assicurato comprovate da documentazione medica rendano necessario il ricovero e/o un intervento chirurgico nello stato estero in cui l'Assicurato si trova, la Società provvederà al rimborso delle spese del ricovero e/o dell'intervento chirurgico con l'applicazione della franchigia di € 1.500,00 prevista nei Centri convenzionati. Non sono considerati estero lo Stato Città del Vaticano e la Repubblica di S.Marino.

c) Interventi in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desideri utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) dell'art. C.1 "Interventi chirurgici e ricoveri" nei seguenti termini:

la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato **previa deduzione di una franchigia fissa di di € 1.500,00** ed a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia **con applicazione di uno scoperto del 20% e con il massimo non indennizzabile di € 6.000,00.**

Per i ricoveri o interventi chirurgici dovuti alle patologie di seguito indicate la Società provvede invece al rimborso delle relative spese per Equipe sostenute dall'Assicurato **con il limite massimo per equipe sotto riportato:**

- Alluce valgo, Emorroidectomia € 2.800
- Ernioplastica, € 3.000
- Rinosettoplastica € 3.200,
- Appendicectomia € 3.300
- meniscectomia € 3.800
- Colectomia € 4.800
- Prostatectomia: per adenoma € 4.000, per carcinoma € 8.400

In questo caso il rimborso delle spese relative all'equipe verrà effettuato senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

Per le spese previste alla lettera b) dell'art C.1 "Interventi chirurgici e ricoveri", la Società provvede al rimborso **entro il limite massimo per sinistro di € 3.000.**

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini dell'art. C.10 "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

C.3) PARTO NATURALE O CESAREO

- a) La Società in caso di parto, naturale o cesareo, che risulti in garanzia a termini di polizza, provvede all'indennizzo delle seguenti spese inerenti il parto (nei limiti previsti agli art. C.4 "Indennizzi per parto naturale o cesareo"):
- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante, attivo e necessario, all'intervento
 - assistenza medica ed infermieristica, medicinali ed esami relativamente al periodo del ricovero;
 - rette di degenza
 - le **spese di baby room , neonatologo ed incubatrice**, nel periodo di permanenza del neonato nell'istituto di cura, successivamente al parto
 - **esami clinici e strumentali ritenuti necessari dai medici per il neonato**, nel periodo di permanenza nell'istituto di cura, successivamente al parto
- b) La Società provvede inoltre, nei casi previsti al precedente punto a), al rimborso delle spese, relative al parto, sostenute dall'Assicurata (nei limiti previsti agli art. C.4 "Indennizzi per parto naturale o cesareo") per:

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

- esami diagnostici e visite specialistiche (con il limite di 3 visite specialistiche e 3 ecografie).
- trasporto in autoambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, per un costo massimo di € € 300,00 per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato ad € 6.000 se il trasporto avviene in eliambulanza (tale importo è previsto solo per questa prestazione e la somma è da ritenersi aggiuntiva rispetto a quanto disposto al seguente art. C.4 "Indennizzi per parto naturale o cesareo").

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

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

C.4) INDENNIZZI PARTO NATURALE O CESAREO

a) Parto effettuato nei Centri convenzionati

la Società provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato delle spese previste alla lettera a) dell'art. C.3 "Parto naturale o cesareo" **previa deduzione di una franchigia fissa di di € 1.500,00.**

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. C.3 "Parto naturale o cesareo" la Società provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato entro il limite massimo per sinistro di € 2.000,00.

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini degli art. C.10 "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurata.

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

la Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese, previste alla lettera a) dell'art. C.3 "Parto naturale o cesareo", entro il limite massimo di € 8.400 per parto naturale e di € 9.800 per parto cesareo.

In questo caso il rimborso verrà effettuato con applicazione di una franchigia fissa di € 1.500,00.

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. C.3 "Parto naturale o cesareo" la Società provvede al rimborso all'Assicurata **entro il limite massimo per sinistro di € 2.000,00.**

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini dell'art. C.10 "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurata.

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

Qualora, nei casi previsti all'art. C.3 "Parto naturale o cesareo", l'Assicurata desideri utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato **previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500,00** e l'Assicurato deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro il limite massimo **per le equipe mediche di € 4.200,00 per parto naturale e di € 6.600,00 per parto cesareo.**

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. C.3 "Parto naturale o cesareo", la Società provvede al rimborso **entro il limite massimo per sinistro di € 2.000,00.**

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini dell'art. C.10 "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurata.

C.5) CURE BAMBINI FINO A DUE ANNI DI ETÀ

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

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

C.6) MALATTIE RARE BAMBINI FINO A DUE ANNI DI ETÀ

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

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

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

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

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

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

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

Per ogni annualità assicurativa la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione ed attivazione del servizio, le spese di trasporto e gli onorari del personale medico e /o infermieristico di accompagnamento, fino ad un importo globale massimo di € 5.000,00 per annualità assicurativa.

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

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

Qualora il neonato venga ricoverato in un Istituto di cura a seguito di malattia rara indennizzabile a termini di polizza ed i genitori abbiano difficoltà a comunicare con i medici perché non conoscono la lingua, la Centrale Operativa invierà un interprete. Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 500,00 per annualità assicurativa.

3. Ricerca Centri di eccellenza

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

4. Rimborso spese per "Secondo parere" medico

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

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

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

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

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

- trasposizione congenitamente corretta dei grossi vasi
- tetralogia di fallot
- stenosi valvolare polmonare congenita
- stenosi sopravvalvolare dell'aorta
- neuroblastoma
- onfalocele
- gastroschisi
- associazione VATER
- canale atrioventricolare parziale
- canale atrioventricolare completo
- atresia esofagea
- atresia della tricuspide
- atresia biliare

C.7) SPESE PER ACCOMPAGNATORE

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

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

C.8) INDENNITÀ DI DEGENZA SOSTITUTIVA

L'Assicurato, nel caso in cui debba essere ricoverato in un Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini di polizza, può chiedere **in sostituzione integrale** del pagamento diretto o del rimborso delle spese previste ai precedenti artt. C.1 "Interventi chirurgici e ricoveri", C.3 "Parto naturale o cesareo", C.7 "Spese per accompagnatore", C.9 "Spese trapianto" (spese per intervento chirurgico, ricovero e parto, comprese quelle per le prestazioni nei 120 giorni precedenti e successivi, le spese per accompagnatore e le spese trapianto), il pagamento di un'indennità giornaliera di € 100,00 per ogni giorno di ricovero, per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa. L'indennità, dovuta a termini di quanto precede, spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati. La Società, a termini di quanto precede e negli stessi limiti, corrisponde l'indennità su detta anche in caso di ricovero in "day hospital".

C.9) SPESE TRAPIANTO

In caso di trapianto di organi o parte di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, nei limite del massimale per annualità assicurativa di € 5000,00, la Società rimborsa tutte le pertinenti spese per il prelievo, per il ricovero, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, le cure, i medicinali, le rette di degenza nonche' le spese per il trasporto degli organi o parte di essi.

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

C.10) VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI

La Società, **entro l'importo per persona ed annualità assicurativa di € 3.000,00**, in caso di malattia o di infortunio indennizzabili a termini di polizza, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al pagamento diretto ai Centri convenzionati delle spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici effettuati dall'Assicurato, con applicazione di una franchigia fissa di € 30,00 per le visite specialistiche ed applicazione di uno scoperto del 25%, con un minimo non indennizzabile di € 30,00 per gli esami diagnostici.

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

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

Nel caso in cui non fosse possibile eseguire le prestazioni di cui al presente articolo presso una struttura convenzionata con la Società, la Centrale Salute provvederà a dare indicazioni all'assicurato.

C.11) ACQUISTO PROTESI ORTOPEDICHE ED ACQUISTO O NOLEGGIO AUSILI MEDICO CHIRURGICI

La Società, fino alla concorrenza di un importo massimo pari ad € 2500,00 per annualità assicurativa, provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, in conseguenza di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, per:

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

D) SARACHECKUP SILVER

D.1) INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI

a) La Società in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, o di intervento chirurgico anche in assenza di ricovero, reso necessario da malattia o da infortunio che risultino in garanzia a termini di polizza, provvede ad indennizzare le seguenti spese inerenti al ricovero od all'intervento chirurgico (nei limiti previsti all'art. D.2 "Indennizzi interventi chirurgici e ricoveri")

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

b) La Società provvede inoltre, nei casi di cui al precedente punto a), al rimborso delle spese, inerenti all'intervento chirurgico od al ricovero, sostenute dall'Assicurato (nei limiti previsti all'art. D.2 "Indennizzi per interventi chirurgici o ricoveri") per:

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

- esami diagnostici e visite specialistiche
- trasporto in autoambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, per un costo massimo di € € 300,00 per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato ad € 6.000 se il trasporto avviene in elimambulanza (tale importo è previsto solo per questa prestazione e la somma è da ritenersi aggiuntiva rispetto a quanto disposto al seguente art. D.2 "Indennizzi per interventi chirurgici e ricoveri").

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

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

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

d) Sono compresi in garanzia, con le stesse modalità di cui ai precedenti punti a) e b) gli interventi chirurgici per l'eliminazione di **ernie inguinali ed addominali**,

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

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

g) **Malattia oncologica**

In caso di malattia oncologica, oltre a quanto indicato nell'art. D.1 "Interventi chirurgici e ricoveri" l'impresa rimborsa l'impresa rimborsa entro il limite di € 15.000 per persona ed annualità assicurativa :

- in presenza di ricovero, anche in day hospital, nei termini di cui al successivo art. D.2 "Indennizzi per interventi chirurgici e ricoveri" le spese per visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla malattia oncologica nei due anni successivi alla data di cessazione del primo ricovero relativo alla malattia stessa;
- in presenza di ricovero, le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione entro il sottolimito per anno assicurativo di € 6.000,00.

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

D.2) INDENNIZZI PER INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI

a) Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati

La Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese previste alla lettera a) dell'art. D.1 "Interventi chirurgici e ricoveri" **previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500,00**, fatta eccezione per le spese previste alla lettera b) dell'art. D.1 "Interventi chirurgici e ricoveri" per le quali la Società provvede al rimborso all'Assicurato **nel limite massimo per sinistro di € 3.000,00**.

b) Interventi chirurgici ed i ricoveri effettuati in Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati

La Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese previste alla lettera a) dell'art. D.1 "Interventi chirurgici e ricoveri", **con applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 2.500,00 ed un massimo non indennizzabile di € 6.000,00**. Per i ricoveri o interventi chirurgici dovuti alle patologie di seguito indicate la Società provvede invece al rimborso delle relative spese sostenute dall'Assicurato con il limite massimo per ricovero o intervento chirurgico sotto riportato:

- Alluce valgo € 3.400
- Emorroidectomia, rinosettoplastica € 5.000
- Appendicectomia, ernioplastica € 5.200
- Meniscectomia € 7.400
- Colectomia € 7.800
- Prostatectomia: per adenoma € 8.000, per carcinoma € 14.800

In questo caso il rimborso verrà effettuato con applicazione di una franchigia fissa di € 1.500,00.

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. D.1 "Interventi chirurgici e ricoveri" la Società provvede al rimborso all'Assicurato, **nel limite massimo per sinistro di € 3.000,00**.

b).1 Anticipo dell'indennizzo

Nei casi previsti al presente punto b), in caso di sinistro comportante ricovero in un Istituto di cura (anche in day hospital), l'Assicurato ha diritto di ottenere un'anticipazione dell'indennizzo a condizione che fornisca la documentazione medica sufficiente alla Società per accertare l'indennizzabilità del sinistro stesso.

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

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

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

b).2 Infortuni all'estero

Qualora l'assicurato che si trovi all'estero subisca un infortunio certificato da documentazione del locale pronto soccorso e le condizioni dell'Assicurato comprovate da documentazione medica rendano necessario il ricovero e/o un intervento chirurgico in loco, la Società provvederà al rimborso delle spese del ricovero e/o dell'intervento chirurgico con l'applicazione della franchigia di € 1.500,00 prevista nei Centri convenzionati. Non sono considerati estero lo Stato Città del Vaticano e la Repubblica di S.Marino.

c) Interventi in Centro convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati

Qualora, l'Assicurato per un intervento chirurgico o un ricovero desideri utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede all'indennizzo delle spese previste alla lettera a) dell'art. D.1 "Interventi chirurgici e ricoveri" nei seguenti termini:

la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato **previa deduzione di una franchigia fissa di di € 1.500,00** ed a rimborsare quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica di sua fiducia **con applicazione di uno scoperto del 20% e con il massimo non indennizzabile di € 6.000,00**.

Per i ricoveri o interventi chirurgici dovuti alle patologie di seguito indicate la Società provvede invece al rimborso delle relative spese per equipe sostenute dall'Assicurato con il limite massimo per equipe sotto riportato:

- Alluce valgo, Emorroidectomia € 2.800
- Ernioplastica, € 3.000
- Rinosettoplastica € 3.200,
- Appendicectomia € 3.300
- meniscectomia € 3.800
- Colectomia € 4.800
- Prostatectomia: per adenoma € 4.000, per carcinoma € 8.400

In questo caso il rimborso delle spese relative all'equipe verrà effettuato senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

Per le spese previste alla lettera b) dell'art D.1 "Interventi chirurgici e ricoveri", la Società provvede al rimborso **entro il limite massimo per sinistro di € 3.000**.

D.3) PARTO NATURALE O CESAREO

- b) La Società in caso di parto, naturale o cesareo, che risulti in garanzia a termini di polizza, provvede all'indennizzo delle seguenti spese inerenti il parto (nei limiti previsti agli art. D.4 "Indennizzi per parto naturale o cesareo"):
- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante, attivo e necessario, all'intervento
 - assistenza medica ed infermieristica, medicinali ed esami relativamente al periodo del ricovero;
 - rette di degenza
 - le **spese di baby room , neonatologo ed incubatrice**, nel periodo di permanenza del neonato nell'istituto di cura, successivamente al parto
 - **esami clinici e strumentali ritenuti necessari dai medici per il neonato**, nel periodo di permanenza nell'istituto di cura, successivamente al parto
- c) La Società provvede inoltre, nei casi previsti al precedente punto a), al rimborso delle spese, relative al parto, sostenute dall'Assicurata (nei limiti previsti agli art. D.4 "Indennizzi per parto naturale o cesareo") per:

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

- esami diagnostici e visite specialistiche (con il limite di 3 visite specialistiche e 3 ecografie).
- trasporto in autoambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, per un costo massimo di € € 300,00 per anno assicurativo. Il limite annuo viene elevato ad € 6.000 se il trasporto avviene in eliambulanza (tale importo è previsto solo per questa prestazione e la somma è da ritenersi aggiuntiva rispetto a quanto disposto al seguente art. D.4 "Indennizzi per interventi chirurgici e ricoveri").

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

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

D.4) INDENNIZZI PARTO NATURALE O CESAREO

a) Parto effettuato nei Centri convenzionati o non convenzionati

La Società provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato o al rimborso all'Assicurato delle spese previste all'art. D.3 "Parto naturale o cesareo" alla lettera a) **previa deduzione di una franchigia fissa di € 1.500,00 ed entro il limite massimo di € 8.400 per parto naturale e di € 9.800 per parto cesareo.**

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. D.3 "Parto naturale o cesareo" la Società provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato nel limite massimo per sinistro di € 2.000,00.

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

Qualora, nei casi previsti all'art. D.3 "Parto naturale o cesareo", l'Assicurato desideri utilizzare un Centro convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, la Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato **previa deduzione di una franchigia fissa di di € 1.500,00** e l'Assicurata deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro il **limite massimo per le equipe mediche di € 4.200 per parto naturale e di € 6.600 per parto cesareo.**

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. D.3 "Parto naturale o cesareo", la Società provvede al rimborso **entro il limite massimo per sinistro di € 2.000,00.**

D.5) MALATTIE RARE BAMBINI FINO A DUE ANNI DI ETÀ

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

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

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

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

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

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

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

Per ogni annualità assicurativa la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione ed attivazione del servizio, le spese di trasporto e gli onorari del personale medico e /o infermieristico di accompagnamento, fino ad un importo globale massimo di € 5.000,00 per annualità assicurativa.

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

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

Qualora il neonato venga ricoverato in un Istituto di cura a seguito di malattia rara indennizzabile a termini di polizza ed i genitori abbiano difficoltà a comunicare con i medici perché non conoscono la lingua, la Centrale Operativa invierà un interprete. Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 500,00 per annualità assicurativa.

3. Ricerca Centri di eccellenza

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

4. Rimborso spese per "Secondo parere" medico

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

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

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

D.6) SPESE PER ACCOMPAGNATORE

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

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

D.7) INDENNITÀ DI DEGENZA SOSTITUTIVA

L'Assicurato, nel caso in cui debba essere ricoverato in un Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini di polizza, può chiedere **in sostituzione integrale** del pagamento diretto o del rimborso delle spese previste ai precedenti artt. D.1 "Interventi chirurgici e ricoveri", D.3 "parto naturale o cesareo", D.6 "Spese per accompagnatore", D.8 "Spese trapianto" (spese per intervento chirurgico, ricovero e parto, comprese quelle per le prestazioni nei 120 giorni precedenti e successivi, le spese per accompagnatore e le spese trapianto), il pagamento di un'indennità giornaliera di € 100,00 per ogni giorno di ricovero, per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa. L'indennità, dovuta a termini di quanto precede, spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati. La Società, a termini di quanto precede e negli stessi limiti, corrisponde l'indennità su detta anche in caso di ricovero in "day hospital".

D.8) SPESE TRAPIANTO

In caso di trapianto di organi o parte di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, nei limiti del massimale per annualità assicurativa di € 5000,00, la Società rimborsa tutte le pertinenti spese per il prelievo, per il ricovero, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, le cure, i medicinali, le rette di degenza nonche' le spese per il trasporto degli organi o parte di essi.

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

E) GARANZIE DI ASSISTENZA

La presente garanzia è valida se è stata espressamente richiamata sul simplo di polizza e se è stato pagato il relativo premio.

L'Assicurato deve comunicare alla "Centrale Operativa" Assistenza (vedi "Definizioni") : **cognome e nome, tipologia e numero di polizza, il tipo di prestazione di cui necessita, l'indirizzo temporaneo se diverso dal domicilio, il recapito telefonico.**

E.1) PRELIEVO CAMPIONI AL DOMICILIO

Qualora l'Assicurato per motivi di salute, certificati dal medico curante, sia impossibilitato a muoversi dal proprio domicilio ed abbia necessità di esami diagnostici , puo' richiedere alla Centrale operativa l'organizzazione del prelievo a domicilio dei campioni da analizzare , la consegna al centro analisi convenzionato con la Società e l'invio degli esiti a domicilio. Il costo degli esami clinici rimane regolato secondo gli artt. B.11 sulla Platinum o C.10 sulla Gold "Visite specialistiche ed esami diagnostici".

Relativamente alla Silver e per lo scoperto previsto dagli artt. B.11, C.10 su citati, il pagamento del dovuto deve essere effettuato dall'Assicurato al Centro Convenzionato. La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.

E.2) INVIO MEDICINALI OD ARTICOLI SANITARI AL DOMICILIO

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

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

E.3) ASSISTENZA PEDIATRICA PER IL FIGLIO ASSICURATO

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

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

E.4) ASSISTENZA CARDIOLOGICA AL DOMICILIO

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

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

E.5) TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

Qualora, a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza , dopo il ricovero di primo soccorso, l'Assicurato necessiti in Italia di un trasporto in autoambulanza , la Centrale operativa invierà direttamente l'autoambulanza. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari ad € 500,00 per annualità assicurativa.

Il costo eccedente il massimale previsto di € 500, 00, per annualità assicurativa, resta a carico dell'Assicurato e sarà regolato direttamente con il fornitore intervenuto.

E.6) AUTISTA PER RIPORTARE IL VEICOLO DELL'ASSICURATO ALLA CITTÀ DI RESIDENZA

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

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

E.7) INFORMAZIONI CLINICHE SUL PAZIENTE

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

E.8) TRASMISSIONE MESSAGGI URGENTI

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

E.9) TRASFERIMENTO IN CENTRI SPECIALIZZATI

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

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

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

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

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

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

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

E.10) RIMPATRIO SANITARIO

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

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

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

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

Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 5000,00 per annualità assicurativa.

E.11) VIAGGIO DI UN FAMILIARE PER RAGGIUNGERE L'ASSICURATO RICOVERATO

Qualora a seguito di malattia od infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato che si trovi in viaggio, necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia un biglietto aereo di classe economica o ferroviario di prima classe di andata e ritorno per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato (la scelta del mezzo piu' opportuno e' a discrezione della Centrale Operativa). La Società terrà a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 1.000,00 per annualità assicurativa. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

E.12) RIMPATRIO DELLA SALMA

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

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

E.13) INVIO DI SOMME DI DENARO PER SPESE MEDICHE ALL'ESTERO

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

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

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

E.14) RECAPITO MEDICINALI ALL'ESTERO

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

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

E.15) INTERPRETE ALL'ESTERO

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

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

E.16) RIENTRO DEI FIGLI MINORI

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

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

La Società terrà a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 1000,00 per annualità assicurativa.

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

F) GARANZIE AGGIUNTIVE

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

F.1) INDENNITÀ DI DEGENZA, CONVALESCENZA E GESSATURA

Qualora l'Assicurato debba essere ricoverato in Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di ricovero, di un'indennità giornaliera determinata come da "Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura" (Formula 25, 50 o 100) riportata all'art. H.15 "Criteri di liquidazione", lettera d), per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa. Per ricoveri determinati da terapie oncologiche la durata massima è di 30 giorni per annualità assicurativa.

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

In caso di convalescenza, prevista da cartella clinica, successiva a ricovero dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera pari al 50% dell'importo assicurato per la degenza. La durata della convalescenza è convenzionalmente prefissata in un numero di giorni pari a quello del ricovero, per una durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa.

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

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

F.2) DAY HOSPITAL

Qualora sia stata acquistata la garanzia di cui all'art. F.1 "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", la Società, a termini dell'art. F.1 che precede e negli stessi limiti, corrisponde un'indennità anche in caso di day hospital, in misura del 50% dell'importo assicurato per la sola degenza, per un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa. Per il ricovero in Day Hospital non è prevista la garanzia convalescenza.

F.3) RICOVERO DEL CONIUGE NON ASSICURATO

Qualora sia stata acquistata la garanzia di cui all'art. F.1 "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", in caso di ricovero contestuale, determinato dallo stesso evento, dell'Assicurato e del coniuge non assicurato, causato da malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, la cui durata sia uguale o superiore a 10 giorni consecutivi, la Società corrisponderà anche al coniuge non assicurato un'indennità di degenza per ogni giorno di ricovero di importo pari a quella dell'Assicurato, per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa. Non sono applicabili al coniuge le garanzie di convalescenza, gessatura né le indennità previste agli artt. F.2 "Day Hospital", F.4 "Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio che determini una invalidità permanente grave", F.5 "Indennità di degenza per donatore", e F.6 "Indennità per accompagnatore".

F.4) MAGGIORAZIONE DELL'INDENNITÀ DI DEGENZA IN CASO DI INFORTUNIO CHE DETERMINI UNA INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE

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

F.5) INDENNITÀ DI DEGENZA PER DONATORE

Qualora sia stata acquistata la garanzia di cui all'art. F.1 "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", in caso di trapianto di midollo osseo, organi o parti di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, la Società provvede al pagamento all'Assicurato per ogni giorno di ricovero, di un'indennità determinata come da precedente art. F.1.

F.6) INDENNITÀ PER ACCOMPAGNATORE

Qualora sia stata acquistata la garanzia di cui all'art. F.1 "Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al rimborso delle spese per vitto e pernottamento di un accompagnatore, presso l'Istituto di cura, entro l'importo giornaliero di € 50, per un massimo di 30 giorni per ricovero.

G) GARANZIE DI INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

In caso di invalidità permanente che sia determinata da malattia conseguente a situazione patologica insorta successivamente all'effetto dell'assicurazione e che si verifichi non oltre la scadenza della polizza, la Società garantisce il pagamento di un indennizzo fino alla concorrenza della somma assicurata quale risultante pattuita sul frontespizio di polizza SaraCheckUp , mod 50AS, al titolo "Quanto assicuriamo" alla voce "Invalidità permanente da malattia".

A partire dal centoottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione è indennizzabile fino a concorrenza della somma assicurata, anche il caso di invalidità permanente determinata da malattia che si verifichi non oltre la scadenza della polizza e risulti conseguente ad una situazione patologica insorta anteriormente alla stipula della polizza ma non conosciuta e/o diagnosticata al momento della stipulazione.

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

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

A) Accertamento del grado di invalidità permanente

L'indennizzo è dovuto per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili della malattia denunciata.

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

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

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

A maggior chiarimento di quanto sopra indicato devono intendersi per:

- malattie coesistenti : le malattie od invalidità presenti nel soggetto, che riguardano sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla malattia denunciata;

- malattie concorrenti : le malattie ed invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essi causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

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

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

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

B) Determinazione dell'indennizzo

Fermo restando quanto previsto alla precedente lettera A) si conviene che:

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

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

H) NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

H.1) PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione vale per gli Assicurati, indicati nel simplo di polizza, che al momento della stipula risultino regolarmente assicurabili ai sensi dell'art. H.7 "Persone non assicurabili" e per i quali sia stato pagato il premio di polizza.

H.2) SOMME ASSICURATE

La somma assicurata di € 200.000,00 rappresenta per la Società il limite massimo di esposizione cui essa e' tenuta in relazione ad ogni singola persona assicurata e per annualità assicurativa . Tale somma nella Saracheckup Platinum è elevata ad € 500.000,00 e nella Saracheckup Gold e Silver ad € 300.000,00, **in caso di utilizzo dei centri convenzionati.**

I massimali eventualmente previsti per le singole prestazioni e le eventuali franchigie o scoperti sono indicati nella presente normativa ai capitoli A),B),C),D),E) e nei capitoli relativi alle "Formule" M),N),O),P).

Per le eventuali "Garanzie aggiuntive", previste e regolate nella presente normativa al capitolo F e per "l'Invalidità permanente da malattia" regolata al capitolo G , si applicano i massimali previsti sul frontespizio di polizza al titolo "Quanto assicuriamo" alla voce "Garanzie aggiuntive" e "Invalidità permanente da malattia".

H.3) PREMIO

Il premio annuale indicato nel simplo di polizza, **calcolato con riferimento all'età ed alla provincia di residenza dell'Assicurato**, e' convenuto per la durata del contratto prevista nello stesso frontespizio, fermo restando quanto disposto dall'art. H.4 "Indicizzazione delle somme assicurate e del premio". In caso di mancato rinnovo del contratto ai sensi dell'art H.6 "Durata del contratto e proroga tacita" la garanzia cessa automaticamente alla scadenza.

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

La variazione si intende accettata dal Contraente in caso di proroga tacita del contratto ai sensi dell'art. H.6 "Durata del contratto e proroga tacita".

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

Fermo quanto disposto dall'art. H.5 "Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa" , l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi , l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quella della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 c.c.

H.4) INDICIZZAZIONE

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

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

L'indicizzazione è calcolata come segue:

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

- a) 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;
- b) l'aumento o la riduzione decorrono dalla scadenza della rata annua.

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

H.5) DECORRENZA DELLA GARANZIA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- a) per gli infortuni: dal momento in cui, ai sensi dell'art. H.3 "Premio", ha effetto l'assicurazione;
- b) per le malattie: dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- c) per il parto: dal duecentosettantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- d) per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione: dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

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

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

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

H.6) DURATA DEL CONTRATTO E PROROGA TACITA

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

Fermo restando quanto previsto dall art. H.3 "Premio", il contratto si rinnova tacitamente per un anno e così di anno in anno , salvo in caso di disdetta comunicata da una delle parti all'altra mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza. Il rinnovo tacito non si applica ai contratti di durata inferiore ad un anno.

Per i contratti di durata poliennale è prevista per il Contraente la facoltà di recedere dal contratto alle scadenze annuali di polizza senza oneri a suo carico. Il recesso andrà inviato tramite lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.

H.7) PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o dalle seguenti infermità mentali : sindromi organico cerebrali , schizofrenia, forme maniaco depressive e stati paranoidi.

L'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

H.8) RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non e' operante nei casi di :

- conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o di sostituzione con polizza Saracheckup Mod 50 IM di polizze precedenti , rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonche' per la parte di somme assicurate eccedente quelle già in corso)
- aborto volontario non terapeutico
- infortuni ed intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci , ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso)
- suicidio e tentato suicidio
- infortuni derivanti:
dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura)
dalla lotta nelle sue varie forme
dalle arti marziali
dalla speleologia
dall'alpinismo
dallo sci estremo
dalle immersioni subacquee con autorespiratore

- terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici
- cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza
- prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza); cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti.
- le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere
- ricoveri allo scopo di effettuare checkup clinici
- 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 definire dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza
- ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento.
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti
- conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche

H.9) LIMITI TERRITORIALI

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

H.10) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO - AGGRAVAMENTO O DIMINUIZIONE 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 nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del c.c.

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

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

H.11) ALTRE ASSICURAZIONI

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

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

H.12) MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

H.13) DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI DELL'ASSICURATO (vedi anche allegato n ° 2)

Nel caso in cui l'Assicurato intenda usufruire delle prestazioni dei Centri o dei medici specialisti convenzionati deve rivolgersi alla Centrale Salute, la telefonata e' considerata denuncia di sinistro. Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a telefonare puo' inviare un fax od una e-mail ai numeri ed all'indirizzo di posta elettronica indicati nel capitolo "La Centrale Operativa". **L'operatore della Centrale Salute , di comune accordo con l'Assicurato, provvederà alla prenotazione presso il Centro o il medico specialista convenzionato.**

Qualora l'Assicurato non si avvalga della rete di strutture convenzionate con la Società, in caso di sinistro, l'Assicurato o chi per lui, devono darne comunicazione telefonica o scritta alla Centrale Salute ai numeri ed agli indirizzi indicati al capitolo "La Centrale Operativa".

In alternativa possono darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Società , entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. La denuncia dovrà essere corredata da certificazione medica. In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari e produrre copia conforme all'originale della cartella clinica completa.

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

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

Tutta la documentazione necessaria deve essere inviata preferibilmente alla Centrale Salute od in alternativa, all'Agenzia dove e' stata stipulata la polizza od alla sede legale della Società.

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

H.14) DISDETTA IN CASO DI SINISTRO

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

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

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

Ai fini dell'applicazione della presente clausola , non sono considerati sinistri le visite , gli esami ed i controlli previsti al capitolo Medicina Preventiva, artt. A.1 Check up e A.2 Club Mantenimento Salute.

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

H.15) CRITERI DI LIQUIDAZIONE

a) Centri e medici specialisti convenzionati :

a seguito dell'apertura e presa in carico del sinistro da parte della Centrale Salute, al momento di usufruire delle prestazioni, l'Assicurato deve recarsi al Centro e/o del medico specialista convenzionato concordato con la Centrale Salute. Nel caso di ricorso a strutture convenzionate , l'Assicurato delega la Società, a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spese sostenute per le prestazioni previste dal contratto. Le prestazioni non sanitarie e non in convenzionamento e comunque quelle non assicurate dalla polizza nonche' 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 deve inoltre, all'atto di dimissione dal Centro convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal Centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal Centro convenzionato, in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra.

Analogamente la sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati. L'assicurato deve inoltre restituire alla Società gli importi eventualmente già pagati dalla stessa per prestazioni sanitarie che, dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica risultino a qualsiasi titolo non indennizzabili. In merito a quanto sopra l'Assicurato sottoscriverà, anteriormente all'esecuzione delle prestazioni presso i Centri Convenzionati, una "Lettera di impegno" (vedere Fac Simile, allegato n° 3)

b) Fuori dalla rete dei Centri Convenzionati : nel caso in cui l'Assicurato non si avvalga della rete di strutture convenzionate con la Società, questa provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, nei limiti di polizza previsti al capitolo I) Tabella Indennizzi ed agli artt. B.2 "Indennizzi interventi chirurgici e ricoveri" e B.4 "Indennizzi parto naturale o cesareo" sulla Platinum, C.2 "Indennizzi interventi chirurgici e ricoveri" e C.4 "Indennizzi parto naturale o cesareo" sulla Gold, D.2 "Indennizzi interventi chirurgici e ricoveri" e D.4 "Indennizzi parto naturale o cesareo" sulla Silver, secondo le seguenti modalità: il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata su presentazione degli originali della documentazione medica, come da art. H.13 " Denuncia di sinistro ed obblighi dell'Assicurato", e delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'assicurato, la Società restituisce i precitati originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule , distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro. Per i paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa e' stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

c) Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga, per un ricovero, un'intervento chirurgico od un parto, di medici di sua fiducia nell'ambito di Centri convenzionati, e' applicabile la lettera a) del presente articolo per le spese relative al Centro convenzionato.

Per le spese relative all'equipe medica e per le spese previste alla lett. b) dell'articolo "Interventi chirurgici e ricoveri" (B.1 sulla Platinum, , C.1 sulla Gold e D.1 sulla Silver) ed alla lett. b) dell'articolo "Parto naturale o cesareo" (B.3 sulla Platinum, C.3 sulla Gold e D.3 sulla Silver) e' applicabile la lettera b) del presente articolo.

d) Criteri di liquidazione delle Indennità di degenza, convalescenza, gessatura e day hospital

Nei termini e nei limiti previsti al capitolo F "Garanzie aggiuntive":

- La Società corrisponde per ogni giorno di ricovero o gessatura un'indennità giornaliera pari agli importi indicati nella sottostante "Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", corrispondenti alla Formula prescelta dall'Assicurato ed indicata sul simplo di polizza.
- La Società, in caso di convalescenza o day hospital, corrisponde un'indennità in misura del 50% dell'importo assicurato per la degenza.
- Nel caso previsto dall'art. F.4 la maggiorazione prevista verrà corrisposta al consolidarsi dei postumi di Invalidità permanente.
- Nel caso previsto all'art. F.6 il rimborso delle spese sostenute per l'accompagnatore verrà effettuato dietro presentazione delle fatture o ricevute in originale, debitamente quietanzate e con il previsto bollo di tassa pagato. Le fatture o le ricevute verranno restituite, successivamente alla liquidazione del sinistro, previa apposizione del timbro di pagamento da parte della Società indicante la data di liquidazione e l'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro. Per paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

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

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

H.16) CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

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

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

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

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

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

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

H.17) RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

H.18) ONERI FISCALI

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

H.19) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

H.20) MEDIAZIONE

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

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

Elenco degli organismi di mediazione:

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

I) TABELLA INDENNIZZI

I.1) OPERATIVITÀ DELLA TABELLA INDENNIZZI

Gli interventi chirurgici ed i ricoveri, anche per parto, effettuati in **Istituti di cura pubblici o privati non convenzionati**, sono identificati ed elencati nel presente capitolo I) "Tabella Indennizzi", dove a ciascun intervento o ricovero è associato il corrispondente massimo indennizzo.

Nella colonna relativa alle Equipe mediche sono invece riportati i massimi importi indennizzabili per l'equipe medica, identificati per tipo di intervento o ricovero, in caso di **ricorso dell'Assicurato a medici di sua fiducia nell'ambito di Centri convenzionati**.

Gli indennizzi potranno subire modificazioni a seguito di evoluzioni scientifiche o di significative variazioni dei costi sanitari.

In tal caso la Società comunicherà al Contraente le variazioni almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa. Il Contraente ha facoltà di non accettare tali variazioni e di recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni.

In caso di intervento chirurgico non specificatamente indicato, il massimo indennizzo verrà stabilito con criterio analogico in riferimento al più simile, per tipo di patologia e di tecnica chirurgica, degli interventi elencati.

Nel caso in cui, nel corso della stessa seduta operatoria, vengano effettuati due o più interventi chirurgici, il massimale più elevato tra quelli indicati in Tabella per gli interventi chirurgici effettuati, deve intendersi maggiorato di un importo pari al 50% del massimale previsto per ciascuno degli altri interventi.

Per i ricoveri all'estero le garanzie di polizza sono operanti solo se le prestazioni riguardano il periodo di ricovero e/o l'intervento chirurgico non comportino violazione delle disposizioni di legge in materia vigenti in Italia.

Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp
Interventi chirurgici e parto sia naturale che cesareo

PATOLOGIA	Indennizzo massimo per Equipe medica	Indennizzo massimo per intervento
APPARATO GENITALE MASCHILE		
Varicocele (qualsiasi tecnica)	1.400	3.000
CARDIOCHIRURGIA		
Angioplastica Coronarica con o senza trombolisi compreso eventuale stand-by chirurgico ed eventuale applicazione di stent	6.000	8.800
Cardiochirurgia a cuore aperto (qualsiasi età), compresi aneurismi e sostituzioni valvolari	9.600	22.000
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA		
Ablazione Transcatetere	3.200	6.200
Angioplastica Coronarica singola o multipla con o senza trombolisi compreso eventuale stand-by chirurgico ed eventuale applicazione di stent	6.000	8.800
Angioplastica standard dei vasi periferici	2.600	4.800
Coronarografia più ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	2.100	4.000
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA		
Mastectomia radicale mono o bilaterale con o senza linfadenectomia	5.800	10.000
Mastectomia semplice mono o bilaterale con o senza linfadenectomia	3.200	6.000
Mastectomia sottocutanea mono o bilaterale	2.400	4.900
Quadrantectomia monolaterale con o senza linfadenectomia (bilaterale + 30%)	4.000	8.400
Cisti benigne della mammella	1.600	3.000
CHIRURGIA DELLA MANO		
Aponeurectomia per morbo di Dupuytren	2.600	4.400
M. di Notta (dito a scatto), M. di Quervain, tenosinoviti	1.400	2.800
Sindromi canalicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare)	2.600	4.400
CHIRURGIA DEL COLLO		
Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari o tiroidectomia subtotale	3.000	6.000
Tiroidectomia totale con o senza svuotamento latero-cervicale	6.000	12.000
CHIRURGIA FEGATO E VIE BILIARI		
Calcolosi epatica - colecistectomia (qualsiasi tecnica)	4.800	7.800
CHIRURGIA DELL'INTESTINO		
Appendicectomia anche con peritonite diffusa (tutte le metodiche)	3.300	5.200
Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale o ascesso perianale (intervento)	1.600	3.200
By-pass intestinale per il trattamento dell'obesità patologica	3.200	6.000
Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive)	1.800	3.200
Emorroidi e ragadi (qualsiasi metodica), trattamento chirurgico radicale	2.800	5.000
Fistola Anale extrasfinterica	2.800	5.000
Fistola Anale intrasfinterica	1.800	4.000
Prolasso Rettale, intervento con qualsiasi metodica	2.000	4.000
Ragade Anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	500	1.000
CHIRURGIA PARETE ADDOMINALE		
Ernia crurale, epigrastrica, inguinale, ombelicale semplice, recidiva e strozzata	3.000	5.200
Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perineale)	3.200	6.400
Laparocèle (intervento per)	3.000	6.000
CHIRURGIA STOMACO E DUODENO		
Intervento per ernia jatale, compresa plastica antireflusso	4.000	6.200
CHIRURGIA VASCOLARE		
Aneurismi aorta addominale più dissecazione, resezione e trapianto	8.800	16.000
Aneurismi arterie distali degli arti, arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici	6.000	10.000
By-pass aortico-iliaco o aorto femorale o aorto anonima, aorto carotideo, carotideo succlavio, aorto renale, aorto mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale, arterie periferiche (femoro tibiali, axillo-femorali, femoro-femorale, femoro-popliteo, trattamento per elefantiasi degli arti, embolectomia e/o trombectomia arteriosa e vene profonde o cava	6.000	10.800
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzione emodinamiche anche CHIVA	2.000	2.800



Condizioni di Assicurazione SaraCheckUp

GINECOLOGIA		
Annessiectomia mono o bilaterale (interventi conservativi o demolitivi)	5.000	10.000
Cisti della ghiandola di Bartolini (asportazione)	2.000	3.200
Cisti Ovarica (asportazione)	4.000	6.600
Endometriosi	3.000	5.200
Isterectomia semplice/radicale senza linfadenectomia (qualunque via)	4.200	7.800
Isterectomia semplice/radicale con linfadenectomia	4.800	9.800
Miomectomia	3.600	5.200
Resezione ovarica mono o bilaterale per patologia disfunzionale	1.900	3.600
OCULISTICA		
Cataratta senile, traumatica, patologica, complicata, molle (estrazione ed asportazione di) ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	1.800	3.200
Diatermocoagulazione retinica per distacco	2.200	3.600
Glaucoma: interventi per, qualsiasi metodica	3.000	6.000
Iniezione intravitreale per degenerazione maculare comprensivo di degenza e sala operatoria, escluso di medicinali, a seduta	1.000	1.400
Laserchirurgia - Lasik della cornea	800	1.600
Ptosi palpebrali (escluse finalità estetiche) - comprovata da campimetria pre intervento e fotografia pre e post intervento	3.200	4.000
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	2.600	5.000
Vitrectomia anteriore o posteriore, compresa asportazione delle membrane epiretينية	2.600	5.000
ORTOPEDIA		
Alluce valgo	2.800	3.400
Artroprotesi totale o parziale di grandi articolazioni (polso, spalla, anca, ginocchio, gomito tibiotarsica)	8.400	14.800
Chemonucleolisi per ernia discale	3.600	6.000
Ernia del disco (qualsiasi) anche per via transtoracica o anteriore con artrodesi intersomatica	4.800	10.000
Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (qualsiasi tecnica)	3.770	7.410
Legamenti articolari del ginocchio senza meniscectomia (qualsiasi tecnica)	2.900	5.700
Meniscectomia anche con rimozione di corpi mobili anche con condroabrasione (trattamento completo)	2.400	5.200
Plastica per lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio)	3.000	6.000
OSTETRICIA		
Parto cesareo	6.600	9.800
Parto vaginale	4.200	8.400
Cerchiaggio vaginale	500	800
OTORINOLARINGOIATRIA		
Adenoidectomia o Tonsillectomia	1.800	3.200
Adeno-tonsillectomia	2.500	4.400
Rinosettoplastica con innesti liberi d'osso, rinosettoplastica ricostruttiva o funzionale compresa turbinotomia	3.200	5.000
Turbinotomia (come unico intervento)	400	800
UROLOGIA		
Calcolosi renale e delle vie urinarie (qualsiasi tecnica)	2.600	4.600
Cistectomia parziale con o senza ureterocistoneostoma	4.200	8.000
Cistectomia totale compresa linfadenectomia o prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder, con neovescica rettale compresa ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	12.000	22.000
Prostata: resezione endoscopica + vaporizzazione (TURP/TUVP)	3.000	6.000
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi metodica)	8.400	14.800
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	4.000	8.000
Resezione di collo vescicale e prostata	2.400	5.200

PRESTAZIONI PER PICCOLI INTERVENTI	290	580
<p>APPARATO GENITALE MASCHILE Applicazione di protesi testicolare, biopsia testicolare mono o bilaterale, frenulotomia, frenuloplastica, puntura di idrocele.</p> <p>CARDIOLOGIA Massaggio cardiaco interno, pericardiocentesi, controllo elettronico di pace maker impiantato e riprogrammazione con metodo non invasivo o sostituzione del generatore.</p> <p>CHIRURGIA DELLA MAMMELLA Incisione di ascesso mammario, posizionamento punto di repere per noduli non palpabili.</p> <p>CHIRURGIA DELLA MANO Amputazioni falangee, trattamento incruento di fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi e del polso.</p> <p>CHIRURGIA GENERALE Trattamento ed incisione di cisti, ematomi, ascessi, favi, flemmoni di qualsiasi parte anatomica, svuotamento di ematoma superficiale o profondo extracavitario, patereccio superficiale e profondo ed osseo, efagogastroduodenoscopia diagnostica o chirurgica comprese biopsie ed eventuale test h. pilori, trattamento endoscopico anche con laser di stenosi esofagea (per seduta), estrazione per via naturale semplice di corpi estranei dal retto, colonscopia, pancolonscopia, rettosigmoidoscopia diagnostica e/o operativa (comprese biopsie), sfinterotomia come unico intervento, puntura esplorativa addominale, lavaggio peritoneale diagnostico, paracentesi, accesso periferico per posizionamento di catetere venoso, asportazione radicale di cisti sinoviale, estrazione di corpo estraneo anche profondo extracavitario, sutura e/o scollamento del cuoio capelluto, espianto di catetere peritoneale, sutura di ferite superficiale o profonda anche della faccia, preparazione di fistola artero-venosa, impianto chirurgico di catetere peritoneale, posizionamento percutaneo di catetere per pressione venosa centrale (come unica prestazione), asportazione di cisti, tumore benigno o maligno superficiale, asportazione e cura radicale di unghia incarnita, asportazione di corpi estranei superficiali anche dei tessuti molli, della cavità orale e/o della faccia, frenulotomia con frenuloplastica inferiore e/o superiore della faccia, trattamento di osteiti circoscritte, anche dei mascellari, aspirazione di cefaloematoma, cauterizzazione di granuloma ombelicale, preparazione chirurgica di vena, interventi per angiomi di piccole e medie dimensioni (fino a 7 cm.) e tumori benigni o maligni superficiali o cisti benigne anche del viso, asportazione di cheloidi di piccole dimensioni, toilette di ustioni, broncoinstillazione endoscopica, instillazione medicamentosa endopleurica isolata, lavaggio bronco-alveolare endoscopico e pleurico, drenaggio pleurico per pnx spontaneo, pnx terapeutico, puntato sternale o midollare, toracentesi, tracheobroncoscopia esplorativa. Trattamento conservativo di fratture costali e/o sternali Biopsie e agoaspirato e puntura esplorativa di qualsiasi parte anatomica (prescalinica, asportazione chirurgica di linfonodo a scopo diagnostico, epatica, pancreatica, pleurica, laterocervicale, sopraclaveare, polmonare, digiunale anche sotto scopia, Iniezione endoarteriosa.</p> <p>DERMATOLOGIA-CRIOTERAPIA-LASERTERAPIA Asportazione di tumori benigni cutanei o delle mucose (anche del viso), diatermocoagulazione o crioterapia, trattamento di alterazioni cutanee virali (verruche, conditomi, ecc.).</p> <p>GINECOLOGIA Incisione e/o drenaggio di ascessi delle ghiandole vulvari o cisti della ghiandola del Bartolini, biopsia della porzio, vulva, vagina, endometrio, asportazione di cisti vaginali, colpoperineorrafia, colposcopia, diatermocoagulazione della portio uterina o vulva, isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsie, rimozione di corpi estranei anche con isteroscopia operativa, laserterapia vaginale o vulvare della portio (per seduta), asportazione di neoformazioni della vulva e di polipi cervicali e polipi dell'orifizio uretrale esterno, puntura esplorativa del cavo del Douglas, VABRA,</p> <p>NEUROCHIRURGIA Puntura epidurale, puntura sotto-occipitale (per prelievo di liquor o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto), rachicentesi e/o registrazione continua della pressione intracranica.</p>		

PRESTAZIONI PER PICCOLI INTERVENTI	290	580
<p>OCULISTICA Asportazione di corpi estranei della congiuntiva o della cornea, iniezione sottocongiuntivale, sutura anche con innesto di piccole cisti congiuntiveli, pterigio o pinguecola, crioapplicazioni corneali, paracentesi della camera anteriore, sutura corneale, discissione di cataratta secondaria, alcoolizzazione del nervo cigliare, crioapplicazione anti glaucomatosa, iniezione endorbitale, incisione di ascesso palpebrale, blefarocalasi o traumi o ferite, calazio, correzione di ernie palpebrali (escluse finalità estetiche), asportazioni di piccoli tumori o cisti, sutura cute palpebre, tarsoraffia, sclerotomia. Chiusura del puntino lacrimale, incisione di flemmone delle vie lacrimali, impianto tubi di silicone nella stenosi delle vie lacrimali, incisione di sacco lacrimale, sondaggio o lavaggio delle vie lacrimali (per seduta). Trattamenti laser degli annessi, della congiuntiva, dei neovasi corneali, del glaucoma e complicanze, delle vasculopatie e/o malformazioni retiniche (a seduta), dell'iride, delle lesioni retiniche, della retinopatia diabetica (per seduta), per cataratta secondaria.</p> <p>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Agoaspirato osseo, biopsia articolare, ossea, muscolare, artrocentesi anche con introduzione di farmaco, artroscopia diagnostica (come unico intervento), drenaggio di ascesso, condrectomia, laterale realease, perforazione Boeck, puntato tibiale o iliaco, toilette chirurgica e piccole suture.</p> <p>OSTETRICA Amnioscopia, colpopireneorrafia, sutura di lacerazione cervicale, trattamento chirurgico di mastite puerperale, secondamento artificiale</p> <p>OTORINOLARINGOIATRIA Incisione di ascesso peritonsillare o retro-faringeo o latero-faringeo, asportazione di corpi estranei o di leucoplachia o di tumore benigno faringo-tonsillare, ugulotomia, cateterismo seno frontale, asportazioni di cisti e piccoli tumori benigni e corpi estranei, drenaggio di ematomi o ascessi del setto, riduzione incruenta delle ossa nasali, asportazione di polipi nasali o conali, recisione di sinechie nasali, asportazione di speroni o creste del setto, tamponamento nasale anteriore o posteriore, svuotamento funzionale dei turbinati inferiori, cauterizzazione dei turbinati, trattamento delle varici del setto, incisione di ascesso del condotto, cateterismo tubarico, asportazione per via naturale anche con lavaggio o strumentale di corpi estranei dal condotto, drenaggio transtimpanico, incisione di ematoma del padiglione, miringotomia, asportazione di polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, incisione di ascesso dell'epiglottide, biopsia anche in laringoscopia o microlaringoscopia, cauterizzazione endolaringea,</p> <p>UROLOGIA Brushing citologico in cistoscopia, cistoscopia ed eventuale biopsia, cromocistoscopia e cateterismo uretrale, ureteroscopia, uretroroscopia, elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali (per seduta), meatotomia ureterale e uretrale, stenting ureterale, cambio di tubo cistostomico e pielostomico, Agoaspirato/agobiopsia della prostata, renale per cutanea, di cisti renale per cutanea, pielocentesi, rimozione di calcoli o corpi estranei, caruncola uretrale, coagulazione di polipi del meato.</p>		
TUTTI GLI ALTRI INTERVENTI (esclusi tumori maligni, salvo i casi descritti)	6.600	13.200
INTERVENTI PER TUMORI MALIGNI (salvo i casi descritti)	13.200	26.400

Ricoveri senza intervento chirurgico

Durata della degenza	Indennizzo massimo per Equipe Medica	Indennizzo massimo per ricovero
Fino ad un giorno di ricovero	360	1.440
Fino a due giorni di ricovero	600	2.160
Fino a tre giorni di ricovero	780	2.700
Fino a quattro giorni di ricovero	960	3.240
Da a cinque a sette giorni di ricovero	1.440	4.620
Da otto a quindici giorni di ricovero	2.400	7.560
Da quindici a trenta giorni di ricovero	4.320	12.000
Degenza superiore a trenta giorni	6.000	18.000

L) CONDIZIONE PARTICOLARE SOCI ACI

Qualora il Contraente sia socio dell'ACI e l'associazione sia in essere, senza interruzione, da una data anteriore alla prima scadenza annuale della presente polizza, in caso di degenza (sostitutiva e/o aggiuntiva), convalescenza e gesso, sarà riconosciuto all'avente diritto una maggiorazione dell'indennizzo pari al 5% della somma liquidabile a termini di polizza.

FORMULE

Le garanzie delle Formule Famiglia, Sportivo, Benessere, Single (di seguito chiamate Formule), non possono essere rilasciate che in presenza della polizza Saracheckup Mod 50 IM e pertanto l'emissione, la validità ed il rinnovo delle Formule sono subordinati alla validità e sussistenza della suddetta polizza.

Le garanzie delle Formule sono operanti solo se è stato pagato il relativo premio.

Le Formule possono essere rilasciate solo agli assicurati nominativamente indicati nella polizza Saracheckup di riferimento. Per la normativa applicabile alle Formule si richiama quanto previsto al presente "Contratto Saracheckup" mod.51IM, che forma parte integrante delle presenti Formule. Le garanzie rientranti nelle Formule sono prestate fino alla concorrenza delle somme indicate sul frontespizio di polizza Saracheckup, mod 50IM, al titolo "Quanto assicuriamo" alla voce "Garanzia base", le quali rappresentano per la Società il limite massimo di esposizione complessiva (Saracheckup + Formula/e) cui essa è tenuta in relazione ad ogni singola annualità assicurativa.

M) FORMULA FAMIGLIA**M.1) FORMULA FAMIGLIA**

La presente Formula può essere rilasciata solo all'Assicurato nominativamente indicato nella polizza Saracheckup di riferimento e solo nel caso in cui sia l'unico Assicurato in polizza.

Le garanzie previste nella presente Formula valgono per l'Assicurato e per i suoi familiari che risultino nominativamente indicati in polizza.

Le garanzie:

M.2) CURE PER FIGLIO ADOTTIVO

Qualora il figlio adottivo dell'Assicurato necessiti di cure mediche in regime di ricovero, la Società provvede al pagamento diretto delle spese di cura eseguite presso i Centri convenzionati o, in alternativa, in caso di ricorso a Istituti di cura non convenzionati, provvede al rimborso delle spese di cura del bambino sostenute dall'Assicurato. In entrambi i casi la garanzia è prestata fino a un massimo di € 3.000,00 per annualità assicurativa.

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

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

M.3) CHECK UP PER IL CONIUGE

Sulla base del presente articolo, la garanzia prevista al capitolo A) "Medicina preventiva", punto a), relativa alla possibilità per l'assicurato di effettuare un check up gratuito presso i Centri Convenzionati viene estesa anche al coniuge dell'Assicurato, entro le prime due annualità della presente formula.

Ai fini dell'applicazione della presente garanzia, viene parificato al coniuge il convivente "more uxorio" il cui nominativo deve essere indicato in polizza

M.4) CORSO DI PREPARAZIONE AL PARTO

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

Ai fini dell'applicazione della presente garanzia, viene parificato al coniuge il convivente "more uxorio" il cui nominativo deve essere indicato in polizza

M.5) ESAMI PER DIAGNOSI INFERTILITÀ

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

Ai fini dell'applicazione della presente garanzia, viene parificato al coniuge il convivente "more uxorio" il cui nominativo deve essere indicato in polizza

M.6) CURE VETERINARIE

Qualora, a causa di malattia od infortunio occorsi a partire dal novantesimo giorno successivo alla data di stipula della presente Formula, il cane di proprietà dell'Assicurato, indicato ed identificato con il numero di iscrizione all'anagrafe canina nel simolo di polizza, necessiti di cure mediche, la Società entro l'importo massimo di € 500,00 per annualità assicurativa provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per le cure dell'animale, con applicazione di una franchigia di € 25,00 per sinistro.

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

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

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

In caso sia indicato in polizza piu' di un cane la presente garanzia e' applicabile a tutti gli animali ma sempre nel limite complessivo del massimale annuo suindicato di € 500,00.

N) FORMULA SPORTIVO**N.1) FORMULA SPORTIVO**

La presente Formula puo' essere rilasciata a tutti gli assicurati nominativamente indicati nella polizza Sarachekup di riferimento.

Le garanzie previste nella presente Formula valgono per le persone assicurate che risultino espressamente richiamate in polizza.

Le garanzie:**N.2) RIABILITAZIONE**

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini della polizza Sarachekup di riferimento, necessiti dell'applicazione di gessatura, la Società, anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero, provvede al pagamento diretto al Centro convenzionato delle spese per la fisioterapia eseguita nei 120 giorni successivi alla rimozione della gessatura, entro l'importo massimo per annualità assicurativa di € 2500,00.

Qualora l'Assicurato preferisca usufruire di centri non convenzionati per l'effettuazione della fisioterapia nei 120 giorni successivi alla rimozione della gessatura, la Società provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato entro l'importo massimo per annualità assicurativa di € 2500,00. Per ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società l'originale delle fatture di spesa e certificazione medica in merito alla patologia ed alle fisioterapie effettuate.

N.3) APPLICAZIONE E RIMOZIONE GESSO

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini della polizza Sarachekup di riferimento, necessiti dell'applicazione di gessatura, la Società provvederà al rimborso delle spese di applicazione e rimozione della gessatura, entro l'importo massimo di € 500,00 per annualità assicurativa.

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

N.4) PREPARATORE ATLETICO

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini della polizza Sarachekup di riferimento, l'Assicurato, nel corso del periodo di riabilitazione, necessiti di un preparatore atletico per il recupero della forma fisica, la Società provvederà al pagamento diretto al Centro Convenzionato, entro l'importo massimo per annualità assicurativa di € 2500,00, delle spese per il preparatore atletico nei 120 giorni successivi all'infortunio od alla rimozione del gesso, in caso di applicazione di gessatura, o successivi all'idoneità clinica, certificata dal medico curante, allo svolgimento del programma previsto dal preparatore atletico.

N.5) RIMBORSO PER ABBONAMENTI O CORSI NON GODUTI

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini della polizza Saracheck up di riferimento, l'Assicurato non possa usufruire o terminare di usufruire di abbonamenti ski pass o iscrizioni a corsi o scuole sportive, la Società entro l'importo massimo per annualità assicurativa di € 500,00, provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'assicurato per la parte di prestazione non goduta.

N.6) PRATICA DI SPORT AD ALTO RISCHIO

Sulla base del presente articolo, in deroga a quanto previsto dall'ar H.8 "Rischi esclusi" della polizza Saracheckup, la copertura assicurativa opera anche per gli infortuni, indennizzabili a termine della polizza Saracheckup di riferimento, che colpiscano l'Assicurato in conseguenza della pratica degli sports ad alto rischio sottoelencati, sempreche' la pratica di questi sport non costituisca per l'Assicurato attività professionale principale o secondaria:

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

O) FORMULA BENESSERE**O.1) FORMULA BENESSERE**

La presente Formula puo' essere rilasciata a tutti gli assicurati nominativamente indicati nella polizza Saracheckup di riferimento. Le garanzie previste nella presente Formula valgono per le persone assicurate che risultino espressamente richiamate in polizza.

Le garanzie:**O.2) CURE OMEOPATICHE E FITOTERAPICHE**

Sulla base del presente articolo, in deroga a quanto previsto dall'art. H.8 C.8 "Rischi esclusi" sono comprese in garanzia, le cure omeopatiche e fitoterapiche, effettuate su prescrizione medica, purché siano conseguenti ad infortunio o malattia indennizzabili e termini della polizza Saracheckup di riferimento, entro il massimale annuo di € 500,00 per anno assicurativo.

O.3) DISASSUEFAZIONE TABAGICA

La Società, entro l'importo di € 1000,00 provvede al pagamento diretto ai Centri convenzionati delle spese per : visite mediche, resine nicotiche o altri farmaci ed agopuntura, mirati alla disassuefazione tabagica dell'Assicurato. Non e' possibile usufruire di tale prestazione per piu' di una volta nel corso della durata della Formula Benessere. Tale garanzia e' valida solo per i primi 5 anni di durata della polizza Saracheckup di riferimento.

O.4) VACCINI

La Società provvede al pagamento diretto ai Centri convenzionati delle spese per l'acquisto e somministrazione all'Assicurato di sieri e vaccini a scopo profilattico, compresi i vaccini utili o necessari per viaggi all'estero, entro il massimale annuo di € 500,00 per anno assicurativo.

E' possibile usufruire di tale prestazione per non piu' di due volte nel corso della durata della Formula Benessere. Tale garanzia e' valida solo per i primi 5 anni di durata della polizza Saracheckup di riferimento.

O.5) GINNASTICA POSTURALE

La Società, entro l'importo massimo di € 500,00 per annualità assicurativa, anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero, provvede, dietro prescrizione medica, al pagamento del 50% delle spese per un ciclo di ginnastica posturale effettuata dall'Assicurato presso palestre di fiducia della Società, i cui riferimenti verranno forniti dalla Centrale Salute. E' possibile usufruire di tale prestazione per non più di due volte nel corso della durata della Formula Benessere. Tale garanzia è valida solo per i primi 5 anni di durata della polizza Saracheckup di riferimento.

O.6) NUOTO FISIOTERAPICO O TERAPIE FISIOTERAPICHE IN ACQUA

La Società, entro l'importo massimo di € 500,00 per annualità assicurativa, anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero, provvede, dietro prescrizione medica, al pagamento del 50% delle spese per un ciclo di nuoto fisioterapico o di terapia fisioterapica in acqua, effettuato dall'Assicurato presso piscine di fiducia della Società, i cui riferimenti verranno forniti dalla Centrale Salute. E' possibile usufruire di tale prestazione per non piu' di due volte nel corso della durata della Formula Benessere. Tale garanzia e' valida solo per i primi 5 anni di durata della polizza Saracheckup di riferimento.

0.7) AGOPUNTURA

La Società, entro l'importo massimo di € 500,00 per annualità assicurativa, anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero, provvede, dietro prescrizione medica, al pagamento delle spese per agopuntura effettuata dall'Assicurato presso un centro medico abilitato convenzionato con la Società. E' possibile usufruire di tale prestazione per non più di due volte nel corso della durata della Formula Benessere. Tale garanzia e' valida solo per i primi 5 anni di durata della polizza Saracheckup di riferimento.

0.8) CURE TERMALI

La Società, entro l'importo massimo di € 500,00 per annualità assicurativa, anche in assenza di intervento chirurgico o di ricovero, provvede, dietro prescrizione medica, al rimborso delle spese per le cure termali (con esclusione delle spese alberghiere). E' possibile usufruire di tale prestazione per non più di due volte nel corso della durata della Formula Benessere. Tale garanzia e' valida solo per i primi 5 anni di durata della polizza Saracheckup di riferimento.

0.9) CURE DIMAGRANTI

Qualora l'Assicurato, a seguito di controllo medico, risulti avere un peso superiore almeno del 30% al peso ideale, calcolato secondo la formula di Broca (altezza in centimetri meno 104), la Società provvederà al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese per visite dietologiche, internistiche e psicologiche nonché corsi di educazione alimentare e/o di rieducazione motoria, entro un massimo di € 500 per annualità assicurativa. E' possibile usufruire di tale prestazione per non più di due volte nel corso della durata della Formula Benessere. Tale garanzia e' valida solo per i primi 5 anni di durata della polizza Saracheckup di riferimento.

P) FORMULA SINGLE

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

P.1) FORMULA SINGLE

La presente Formula può essere rilasciata solo all'Assicurato nominativamente indicato nella polizza Saracheckup di riferimento e solo nel caso in cui sia l'unico Assicurato in polizza.

Le garanzie previste nella presente Formula valgono per l'Assicurato che risulti espressamente richiamato in polizza.

Le garanzie:**P.2) ASSISTENZA DOMICILIARE**

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

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

P.3) INVIO INFERMIERE A DOMICILIO

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

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

P.4) ASSISTENZA NOTTURNA IN ISTITUTO DI CURA

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

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

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

P.5) SPESA A DOMICILIO E PAGAMENTO BOLLETTE IN SCADENZA

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

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

P.6) BABY SITTER PER MINORI DI ANNI 15 O BADANTE PER PERSONE ANZIANE

Qualora l'Assicurato, che conviva da solo con minori di anni 15, a seguito di infortunio o malattia indennizzabili a termini della polizza Saracheckup di riferimento, debba ricoverarsi presso un istituto di cura, la Società provvede al rimborso delle spese documentate per una baby sitter per un massimo di € 500,00 per anno assicurativo.

Qualora invece, l'Assicurato che deve ricoverarsi, conviva da solo con familiare anziano non autosufficiente, con le stesse modalità e negli stessi limiti previsti nella precedente fattispecie, verranno rimborsate le spese per un infermiere o badante.

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

P.7) PENSIONE PER ANIMALI DOMESTICI

Qualora l'Assicurato, che viva da solo o conviva da solo con minori di anni 15 o con persona anziana non autosufficiente, a seguito di infortunio o malattia indennizzabili a termini della polizza Saracheckup di riferimento, debba ricoverarsi presso un istituto di cura, la Società provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per la pensione per animali domestici di sua proprietà, per un periodo di tempo corrispondente a quello del ricovero, con il limite complessivo di € 25,00 al giorno e per un massimo di 60giorni per anno assicurativo.

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

P.8) TELESOCORSO A FAMILIARE ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE DELL'ASSICURATO

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

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

P.9) TELESOCORSO ALL'ASSICURATO

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

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

Allegato 1)

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

Sistema nervoso centrale

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

Criteri di valutazione

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:

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

Apparato cardio vascolare

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

Criteri di valutazione:

- classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla New York Heart(NYHA) :

classe 1 : l'attività fisica abituale non provoca affaticamento nè palpitazioni;

classe 2 : l'attività fisica abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;

classe 3 : a riposo, i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già una attività fisica inferiore a quella abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;

classe 4 : i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo. Ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi;

- pressioni arteriosa;

- efficacia della terapia medica e chirurgica;

- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:

- soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabile da adeguata terapia;

- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia;

- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50% di una sola arteria coronarica;

- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di angioplastica o di by pass coronarico;

- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;

- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia anti-ipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso;

- soggetto con persistenti aritmie non correggibili terapeuticamente ma che riesce comunque a condurre una vita attiva.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:

- soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica;

- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente;

- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeuticamente e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia anti-ipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva;

- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente e con segni di miocardiopatia dilatativa iper-trofica o restrittiva;

- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.

Apparato respiratorio

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

Criteri di valutazione:

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

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

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

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

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

Apparato digerente

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

Criteri di valutazione:

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%**ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS**

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

COLON, SIGMA E RETTO

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

FEGATO

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%**ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS**

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

COLON, SIGMA E RETTO

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

FEGATO

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

Apparato urinario

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

Criteri di valutazione:

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

Clearance creatinina superiore a 50 ml/min.

oppure

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

oppure

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

Clearance creatinina inferiore a 20ml/min.

oppure

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

oppure

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

Sistema endocrino

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

Criteri di valutazione :

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia
oppure
diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e della dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabete dipendenti.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico
oppure
la malattia di per sè controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%.

Sistema ematopoietico e linfatico

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

Criteri di valutazione :

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

Anemia cronica con valori di emoglobinemia non inferiore a gr 10/100 ml. non necessita di emotrasfusioni
oppure
sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia
oppure
leucemia linfatica cronica in 1° stadio
oppure
leucemia mieloide cronica controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

Anemia cronica con valori di emoglobinemia inferiore a gr 10/100 ml. con necessità di emotrasfusioni periodiche (2-3 unità ogni 4-6 settimane)
oppure
presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa
oppure
leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa.

Allegato 2)

COME COMPORTARSI IN CASO DI SINISTRO

Per usufruire delle prestazioni offerte dalla polizza Saracheckup nonché ricevere informazioni sui Centri e sugli specialisti convenzionati, consulenza medica ed informazioni sanitarie ed operative e' necessario telefonare al numero verde indicato al capitolo "Centrale operativa".

in funzione 24 ore su 24, comunicando :

nome e cognome

numero di polizza

recapito telefonico ed indirizzo

tipo di assistenza di cui necessita

Premessa la normativa prevista agli artt . H.13 " Denuncia di sinistro" e H.15 "Criteri di liquidazione, **nel caso in cui l'Assicurato intenda usufruire dei Centri convenzionati deve necessariamente rivolgersi alla Centrale Salute, la telefonata sarà considerata denuncia di sinistro.**

Se si e' impossibilitati a telefonare e' possibile inviare un fax od una e-mail.

Nel caso in cui l'Assicurato ricorra ad un centro di cura non convenzionato, la denuncia di sinistro deve essere inoltrata preferibilmente alla Centrale Salute, telefonicamente o tramite fax o e-mail. In alternativa l'Assicurato può inviare una raccomandata indirizzata alla Centrale Salute o all'Agenzia della Società presso la quale e' stata stipulata la polizza o alla Sede legale della Società. In qualsiasi caso, l'Assicurato deve comunque far seguito con l'invio della documentazione medica da cui risulti :

diagnosi

data insorgenza malattia o dell'infortunio

data ricovero ed Istituto di cura (ove non sia stata concordata con la Centrale Salute)

nonché, se già disponibili (altrimenti invio successivo) :

cartella clinica

esami diagnostici

radiografie

analisi di laboratorio

fatture in originale

La lettera di denuncia sinistro in caso di ricovero presso strutture non convenzionate, deve indicare inoltre i seguenti dati:

- Contraente
- Indirizzo
- Numero di polizza
- Assicurato
- Se si tratta di Infortunio, data luogo e modalità di accadimento
- Se si tratta di Malattia, diagnosi, data di ricovero e di dimissione, nome dell'Istituto di cura

Allegato 3)

LETTERA DI IMPEGNO

Il / La Signor / a (cognome e nome) _____
Assicurato / a con polizza Saracheckup della SARA Assicurazioni n° _____, delega la SARA Assicurazioni a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spese sostenute per le prestazioni previste dal contratto.
L'Assicurato si impegna in occasione dell' intervento chirurgico, del ricovero, con o senza intervento chirurgico, del day hospital o di altra prestazione medica a pagare direttamente al Centro convenzionato od ai medici convenzionati le spese relative a :

- prestazioni sanitarie che non risultino essere previste o garantite dalla polizza di assicurazione di cui sopra;
- servizi extra (consumazioni, telefonate, ecc.) che in quanto tali non sono previsti e garantiti dalla polizza di assicurazione di cui sopra;
- prestazioni sanitarie che superino i limiti di rimborso previsti dalla polizza di assicurazione di cui sopra;
- l'importo della franchigia o dello scoperto

L'Assicurato si impegna inoltre a sottoscrivere, all'atto di dimissione dal Centro convenzionato, i documenti fiscali emessi dal Centro o dal medico convenzionato 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.

Si impegna inoltre a restituire alla SARA Assicurazioni gli importi eventualmente già pagati dalla stessa per prestazioni sanitarie che, dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica risultino a qualsiasi titolo non indennizzabili.

Firma dell'Assicurato

_____, li _____

Autorizzazione al trattamento dei dati personali (D.L.gs 30 giugno 2003 n° 196)

L'Assicurato libera i Sanitari che effettueranno visite, esami, cure, terapie mediche o che rilasceranno diagnosi dall'obbligo del segreto professionale verso la SARA Assicurazioni ed autorizza la stessa o chi da essa delegato a visionare, raccogliere, organizzare ed elaborare la certificazione medica e le cartelle cliniche che lo riguardano, anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati.
Preso atto di quanto sopra e fermo restando il consenso rilasciato dall'Assicurato al momento della stipula della polizza SaraCheckup (tramite sottoscrizione dell'informativa ai sensi del D.L.gs 30 giugno 2003 n° 196), l'Assicurato acconsente al trattamento dei suoi dati personali , sia comuni che sensibili, per gli adempimenti connessi alla liquidazione dell'indennizzo dovuto in relazione alla presente denuncia di sinistro. Rimane fermo che tale consenso e' subordinato al rispetto delle disposizioni delle vigente normativa in materia di protezione dei dati personali.
Per qualsiasi istanza in merito alla protezione dei dati personali relativi alla gestione del contratto assicurativo, l'assicurato potrà rivolgersi al Responsabile dei Rami Elementari ai riferimenti indicati nell'informativa su indicata o nel sito www.sara.it

Acconsento SI NO

Firma dell'Assicurato

_____, li _____

