

SARACHECKUP

Mod. 51AS Ed.03/2004

La Centrale Operativa	pag.	4
IL CONTRATTO SARACHECKUP		
<i>Definizioni</i>	pag.	6
A) Garanzia Base	pag.	8
I-SPESE DI PREVENZIONE E CURA	pag.	8
A.1 MEDICINA PREVENTIVA	pag.	8
A.2 INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI	pag.	9
A.3 PARTO NATURALE O CESAREO	pag.	10
II-ALTRE GARANZIE	pag.	11
A.4 SPESE PER ACCOMPAGNATORE	pag.	11
A.5 INDENNITÀ DI DEGENZA SOSTITUTIVA	pag.	11
A.6 SPESE TRAPIANTO	pag.	11
A.7 RECUPERO DA TOSSICODIPENDENZA ED ALCOLISMO	pag.	12
A.8 VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI	pag.	12
A.9 ACQUISTO PROTESI ORTOPEDICHE ED ACQUISTO O NOLEGGIO AUSILI MEDICO CHIRURGICI	pag.	12
III - GARANZIE DI ASSISTENZA	pag.	12
A.10 PRELEVO CAMPIONI A DOMICILIO	pag.	12
A.11 INVIO MEDICINALI O ARTICOLI SANITARI AL DOMICILIO	pag.	13
A.12 ASSISTENZA PEDIATRICA PER IL FIGLIO ASSICURATO	pag.	13
A.13 ASSISTENZA CARDIOLOGICA AL DOMICILIO	pag.	13
A.14 TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA	pag.	13
A.15 AUTISTA PER RIPORTARE IL VEICOLO DELL'ASSICURATO ALLA CITTA' DI RESIDENZA	pag.	13
A.16 INFORMAZIONI CUNICHE SUL PAZIENTE	pag.	13
A.17 TRASMISSIONE MESSAGGI URGENTI	pag.	13
A.18 TRASFERIMENTO IN CENTRI SPECIALIZZATI	pag.	13
A.19 RIMPATRIO SANITARIO	pag.	14
A.20 VIAGGIO DI UN FAMILIARE PER RAGGIUNGERE L'ASSICURATO RICOVERATO	pag.	14
A.21 RIMPATRIO DELLA SALMA	pag.	14
A.22 INVIO DI SOMME DI DENARO PER SPESE MEDICHE ALL'ESTERO	pag.	14
A.23 RECAPITO MEDICINALI ALL'ESTERO	pag.	15
A.24 INTERPRETE ALL'ESTERO	pag.	15
A.25 RIENTRO DEI FIGLI MINORI	pag.	15
B) Garanzie aggiuntive	pag.	16
B.1 INDENNITÀ DI DEGENZA AGGIUNTIVA	pag.	16
B.2 INDENNITÀ DI CONVALESCENZA	pag.	16
B.3 INDENNITÀ DI APPARECCHIO GESSATO	pag.	16
B.4 INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	pag.	16

C) Norme comuni a tutte le sezioni

C.1 PERSONE ASSICURATE	pag.	18
C.2 SOMME ASSICURATE	pag.	18
C.3 PREMIO	pag.	18
C.4 INDICIZZAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE E DEL PREMIO	pag.	18
C.5 DECORRENZA DELLA GARANZIA E TERMINI DI ASPETTATIVA	pag.	19
C.6 DURATA DEL CONTRATTO E PROROGA TACITA	pag.	19
C.7 PERSONE NON ASSICURABILI	pag.	19
C.8 RISCHI ESCLUSI	pag.	19
C.9 LIMITI TERRITORIALI	pag.	20
C.10 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO - AGGRAVAMENTO O DIMINUZIONE DEL RISCHIO	pag.	20
C.11 ALTRE ASSICURAZIONI	pag.	20
C.12 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	pag.	20
C.13 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag.	21
C.14 DISDETTA IN CASO DI SINISTRO	pag.	21
C.15 CRITERI DI LIQUIDAZIONE	pag.	21
C.16 CONTROVERSIE -ARBITRATO IRRITUALE	pag.	22
C.17 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA	pag.	22
C.18 ONERI FISCALI	pag.	22
C.19 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	pag.	22

D) Tabella Indennizzi

D.1 OPERATIVITÀ DELLA TABELLA INDENNIZZI	pag.	23
D.2 ANTICIPAZIONE DELL'INDENNIZZO IN CASO DI SINISTRO COMPORTANTE RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA ALL'ESTERO	pag.	23
CONDIZIONE SPECIALE SOCI ACI	pag.	28

Formule

E) FORMULA FAMIGLIA	pag.	29
F) FORMULA SPORTIVO	pag.	30
G) FORMULA BENESSERE	pag.	31
H) FORMULA SINGLE	pag.	32
Allegato 1) PARAMETRI INDICATIVI PER LA VALUTAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	pag.	35
Allegato 2) COME COMPORTARSI IN CASO DI SINISTRO	pag.	39
Allegato 3) FAC SIMILE LETTERA DI IMPEGNO (Mod.55AS)	pag.	40

SARA Assicurazioni provvede, per il tramite della Centrale Operativa di Aci Global - con sede in via Comune Antico 43 a 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: 800.095095

Per chi chiama dall'estero : +39.02.66165538

Per fax: 02.66100944

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.

IL CONTRATTO SARACHECKUP

Mod.51ASEd.03/2004

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 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, contenente le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica, prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.
- Centrale Operativa/
Centrale Salute:** vedi capitolo Centrale Operativa.
- Centro convenzionato/
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. In allegato alla polizza SaraCheckUp viene fornita la "Guida ai Centri convenzionati Mod 52AS Ed. 03/2004". **La Guida ai Centri convenzionati può essere soggetta a variazioni.** Eventuali aggiornamenti della stessa 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 è 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'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 constatate.
- Intervento chirurgico:** intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite crentazione 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.

A) Garanziabase

I - SPESE DI PREVENZIONE E CURA

A.1 - MEDICINA PREVENTIVA

a) Check-up

- Entro il termine della seconda annualità del contratto la Società offre all'Assicurato la possibilità di effettuare gratuitamente un check-up presso i Centri Convenzionati, anche in assenza di alterazioni morbose. Il check-up comprende di base i seguenti esami: **per le donne**: elettrocardiogramma a riposo, esame completo delle urine ed i seguenti esami del sangue: Cai 5.3, test per epatite HCV, emocromo completo, colesterolemia, HDL, ùgliceridemia, 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, trlgliceridemia, glicemia, VES; **per i bambini fino a 6 mesi** ecografia delle anche; **per i bambini da 6 mesi 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. Fa seguito al check-up un incontro conclusivo, nel corso del 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 al Club Mantenimento Salute, vedi paragrafo b) successivo, e partecipare ad un programma di prevenzione mirata, che si svolgerà presso i Centri Convenzionati.

b) Club Mantenimento Salute

L'Assicurato che, dopo aver eseguito il check-up, decide 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 provvedere 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'Ari. C.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 provvedere 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 è 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 più 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 Sara-CheckUp; 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.

A.2 - 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'ari. A.2.3 "Indennizzi"):

- 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'ari. A.2.3 "Indennizzi") 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 € 200,00 per anno assicurativo.

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

e) 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 autoambulanza (solo andata), per un costo massimo di € 200,00 per anno assicurativo.

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

A.2.3 - Indennizzi

a) **Interventi chirurgici e ricoveri effettuati nei Centri Convenzionati:**

la Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese previste all'art.A.2 "Interventi chirurgici e ricoveri", fatta eccezione per le spese sotto elencate, per le quali, laddove previste, la Società provvede al rimborso all'Assicurato nel limite del massimale annuo di € 3.000,00:

- trasporto in autoambulanza (solo andata) presso l'Istituto di cura, per un costo massimo di € 200,00 per anno assicurativo
- **nei 120 giorni precedenti** all'intervento chirurgico od alla data di inizio del ricovero: esami diagnostici e visite specialistiche

- nei 120 giorni successivi all'intervento chirurgico od alla data di termine del ricovero: cure termali (escluse spese alberghiere), esami diagnostici e visite specialistiche, medicinali.

Nel caso in cui l'Assicurato nei 120 giorni successivi all'intervento chirurgico o al termine del ricovero, desideri usufruire di prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ed effettuare la fisioterapia e/o i trattamenti rieducativi in centri non convenzionati, il massimale su detto viene portato ad € 4.000,00.

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini dell'art. A.8 "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

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

la Società provvede al rimborso all'Assicurato delle spese previste all'art. A.2 "Interventi chirurgici e ricoveri", nel limite dei massimali stabiliti nel capitolo D) Tabella Indennizzi, fatta eccezione per le spese previste alla lettera b) dell'art. A.2 citato, le quali vengono rimborsate all'Assicurato, laddove previste, nel limite del massimale annuo di € 4.000,00.

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini dell'art. A.8 "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

e) Interventi in Centro Convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurato, non convenzionati:

qualora, nei casi previsti all'art. A.2 "Interventi chirurgici e ricoveri", l'Assicurato desideri utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, l'Assicurato deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro i limiti indicati per le équipe mediche nel capitolo D) Tabella Indennizzi. La Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato.

Per le spese previste alla lettera b) dell'art. A.2 citato, la Società provvede al rimborso entro il limite del massimale annuo di € 4.000,00.

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini dell'art. A.8 "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurato.

A.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. A.3.2 "Indennizzi"):

- 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
- 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. A.3.2 "Indennizzi") 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 presso l'Istituto di cura (sola andata), per un costo massimo di € 200,00 per anno assicurativo

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

nei primi 4 mesi di vita, del neonato, in caso di patologie che ne rendano necessario il ricovero in Istituto di cura, rimborso delle spese di cura relative al periodo del ricovero.

A.3.2 Indennizzi

- a) **Per Parto effettuato nei Centri Convenzionati:** la Società provvede al pagamento diretto al Centro Convenzionato delle spese previste all'ari A.3 "Parto naturale o cesareo", lettera a).

Per le spese previste alla lettera b) dell'art.A.3 citato, la Società provvede al rimborso all'Assicurata nel limite del massimale annuo di € 2.000,00.

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini dell'ari A.8 "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'Assicurata delle spese, previste all'art. A.3 "Parto naturale o cesareo", lettera a), nel limite dei massimali stabiliti nel capitolo D) Tabella Indennizzi. Per le spese previste alla lettera b) dell'alt. A.3 citato, la Società provvede al rimborso all'Assicurata nel limite del massimale annuo di € 2.000,00.

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini dell'ari. A.8 "Visite specialistiche ed esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurata.

- e) **Parto in Centro Convenzionato con medici di fiducia dell'Assicurata, non convenzionati.**

Qualora, nei casi previsti all'art. A.3 "Parto naturale o cesareo", l'Assicurata desideri utilizzare un Centro Convenzionato e medici di sua fiducia non convenzionati, l'Assicurata deve provvedere a pagare direttamente gli onorari relativi ai professionisti non convenzionati, per i quali ha diritto al rimborso entro i limiti indicati per le équipe mediche nel capitolo D) Tabella Indennizzi. La Società provvede a pagare direttamente le spese del Centro Convenzionato. Per le spese previste alla lettera b) dell'ari. A.3 citato, la Società provvede al rimborso entro il limite del massimale annuo di € 2.000,00.

Qualora le visite specialistiche e gli esami diagnostici fossero già stati indennizzati a termini dell'ari. A.8 "Visite specialistiche ed

esami diagnostici", la Società farà luogo al rimborso della franchigia o dello scoperto pagati dall'Assicurata.

II - ALTRE GARANZIE

A.4 SPESE PER ACCOMPAGNATORE

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

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

A.5 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. A.2, A.3, A.4 (spese per intervento chirurgico, ricovero e parto, comprese quelle per le prestazioni nei 120 giorni precedenti e successivi e spese per accompagnatore), 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".

A. 6 SPESE TRAPIANTO

In caso di trapianto di organi o parte di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, nel limite del massimale per annualità assicurativa di € 5.000,00, 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 nonché le spese per il trasporto degli organi o parte di essi.

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

A.7 RECUPERO DA TOSSICODIPENDENZA ED ALCOLISMO

Fermo restando quanto previsto dall'art. C.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.

A. 8 VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI

a) La Società, nei limiti del massimale annuo di € 2.500,00, 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. C.15 "Criteri di liquidazione".

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

b) La Società, nei limiti del massimale annuo di € 2.500,00, 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 € 30,00, rimane a carico dell'Assicurato. Il pagamento dello scoperto deve essere effettuato direttamente dall'Assicurato secondo le modalità definite all'art.C.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 leti, a), b) del presente articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.

A.9 ACQUISTO PROTESI ORTOPEDICHE ED ACQUISTO 0 NOLEGGIO AUSIU 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.

MI - GARANZIE DI ASSISTENZA

A .10 PRELIEVO CAMPIONI AL DOMICILIO

Qualora l'Assicurato per motivi di salute, certificati dal medico curante, sia impossibilitato a muoversi dal proprio domicilio ed abbia necessità di esami diagnostici, può richiedere alla Centrale Operativa l'organizzazione del prelievo a domicilio dei campioni da analizzare, la consegna al centro analisi convenzionato con la Società e l'invio degli esiti a domicilio. Il costo degli esami clinici rimane regolato secondo la lettera b) dell'art.A.B "Visite specialistiche ed esami diagnostici".

Il pagamento dello scoperto previsto dall'art A.8 su citato, deve essere effettuato direttamente dall'Assicurato al Centro Convenzionato.

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

A.11 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, provvedere alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei farmaci e degli articoli sanitari è a carico dell'Assicurato.

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

A.12 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 vantazione telefonica fornita dal medico della Centrale, provvedere 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.

A.13 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, provvedere 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.

A.14 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 Ita-

lia 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.

A.15 AUTISTA PER RIPORTARE IL VEICOLO DELL'ASSICURATO ALLA CITTÀ DI RESIDENZA

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

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

A.16 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.

A.17 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 provvedere all'inoltro di tali messaggi.

A.18 TRASFERIMENTO IN CENTRI SPECIALIZZATI

Qualora l'Assicurato che si trovi in Italia, a seguito di malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, debba essere ricoverato presso Centri specializzati situati al di fuori della propria regione di

residenza, la Centrale Operativa, organizza il trasferimento dell'Assicurato presso il Centro individuato, con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea, treno, autoambulanza od altro).

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

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

A.19 RIMPATRIO SANITARIO

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

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

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

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a spese della Società, ha diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato. Non danno luogo alle prestazioni le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Società possono essere curate sul posto e che non im-

pediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali od internazionali.

Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 5.000,00 per annualità assicurativa.

A.20 VIAGGIO DI UN FAMILIARE PER RAGGIUNGERE L'ASSICURATO RICOVERATO

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

A.21 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'inhumazione.

A.22 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,

A.23 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, necessari, secondo parere medico, di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempre che commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvedere 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.

A.24 INTERPRETE AU'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.

A. 25 RIENTRO DEI FIGU MINORI

Qualora, a seguito di malattia od infortunio indennizzabili 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 provvedere ad organizzarne il rientro mettendo a disposizione, se necessario, biglietti aerei di classe economica o ferroviari di prima classe ed, in caso di minore di anni 15, un accompagnatore .

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

La Società terrà a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 1.000,00 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.

B) Garanzie aggiuntive

Le seguenti garanzie sono operanti solo se espressamente richiamate sul frontespizio di polizza con indicazione del relativo premio.

B.1 INDENNITÀ DI DEGENZA AGGIUNTIVA

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 pari alla somma indicata sul frontespizio di polizza SaraCheckUp, Mod. 50AS, al titolo "Quanto assicuriamo" alla voce "Indennità di degenza aggiuntiva", per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa.

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

B.2 INDENNITÀ DI CONVALESCENZA

In caso di convalescenza successiva a ricovero dell'Assicurato in un Istituto di cura, ricovero non inferiore a quattro giorni di durata e che sia reso necessario da malattia, infortunio o parto indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera pari alla somma indicata sul frontespizio di polizza SaraCheckUp, Mod. 50AS, al titolo "Quanto assicuriamo" alla voce "Indennità di convalescenza", fino ad un numero di giorni pari a quello del ricovero, per una durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa.

Tale garanzia è operante unicamente qualora risulti operante ed indicata sul frontespizio di polizza anche la precedente garanzia "Indennità di degenza aggiuntiva" indicata all'ari. B.1.

B.3 INDENNITÀ DI APPARECCHIO GESSATO

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 alla somma indicata sul frontespizio di polizza SaraCheckUp, Mod. 50AS, al titolo "Quanto assicuriamo" alla voce "Indennità di apparecchio gessato", per una durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa.

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. L'indennità prevista al presente articolo, se coesistente con quella prevista al precedente articolo B.2 "Indennità di convalescenza", la assorbe finché coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire quella di durata maggiore.

Tale garanzia è operante unicamente qualora risulti operante ed indicata sul frontespizio di polizza anche la precedente garanzia "Indennità di degenza aggiuntiva" indicata all'ari. B.1.

B.4 INVALIDITÀ 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 centottantesimo 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 stipula* zione.

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 tenere 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 ed oltre	100
64	67		

C) Norme comuni a tutte le sezioni

C.1 PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione vale per l'Assicurato/i, indicato/i nel simple di polizza SaraCheckup, Mod 50 AS, che al momento della stipula della polizza risultino regolarmente assicurabili ai sensi dell'art. C.7 "Persone non assicurabili".

C.2 SOMME ASSICURATE

Le somme indicate sul frontespizio di polizza SaraCheckUp, Mod. 50AS, al titolo "Quanto assicuriamo" alla voce "Garanzia Base" rappresentano per la Società il limite massimo di esposizione cui essa è tenuta in relazione ad ogni singola annualità assicurativa per la Garanzia Base e per le eventuali "Formule". I massimali, eventualmente previsti, per le singole prestazioni e le eventuali franchigie o scoperti sono indicati nella presente normativa al capitolo A) "Garanzia Base" e nel capitolo relativo alle "Formule". Per le eventuali "Garanzie aggiuntive", previste e regolate nella presente normativa al capitolo B), si applicano i massimali previsti sul frontespizio di polizza SaraCheckUp, Mod. 50AS, al titolo "Quanto assicuriamo" alla voce "Garanzie aggiuntive".

C.3 PREMIO

Il premio annuale indicato nel frontespizio di polizza Mod. 50AS, **calcolato con riferimento all'età ed alla provincia di residenza dell'Assicurato**, è convenuto per la durata del contratto prevista nello stesso frontespizio, fermo restando quanto disposto dall'art.C4 "Indicizzazione delle somme assicurate e del premio". In caso di mancato rinnovo del contratto ai sensi dell'art C.6. "Durata del contratto e proroga tacita" la garanzia cessa automaticamente alla scadenza.

Alla scadenza indicata nel frontespizio di polizza SaraCheckUp, Mod. 50 AS, qualora l'età raggiunta a tale data, anche da uno solo degli Assicurati, comporti in base alla tariffa vigente un premio diverso da quello inizialmente pattuito, la Società può richiedere l'adeguamento del premio mediante comunicazione della variazione inviata almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto.

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

Qualora in corso di polizza anche uno solo degli Assicurati effettui un cambio di residenza che comporti in base alla

tariffa vigente un premio diverso da quello inizialmente pattuito, la Società può chiedere l'adeguamento del premio mediante comunicazione inviata almeno 60 giorni prima della scadenza annuale di polizza; la variazione si intende accettata dal Contraente in caso di pagamento del premio, in caso di non accettazione il Contraente deve effettuare disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale di polizza.

Fermo quanto disposto dall'art. C.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.

C.4 INDICIZZAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE E DEL PREMIO

Le somme assicurate, il premio nonché gli eventuali massimi indennizzi e limiti di garanzia, 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, in conformità a quanto segue :

- a) alla polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di settembre dell'anno solare antecedente a quello della sua data di effetto
- b) 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
- e) l'aumento o la riduzione decorrono dalla scadenza della rata annua.

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

C.5 DECORRENZA DELLA GARANZIA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- a) per gli infortuni: dal momento in cui, ai sensi dell'art.C.3 "Premio", ha effetto l'assicurazione
- b) per le malattie: dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione
- e) 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 della 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.

C.6 DURATA DEL CONTRATTO E PROROGA TACITA

La durata del contratto è indicata nel frontespizio di polizza SaraCheckUp Mod. 50AS.

Fermo restando quanto previsto dall art. C.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.

C.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 paranoici.

L'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

C. 8 RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non è operante nei casi di :

- interventi chirurgici o ricoveri anche in day-hospital che siano conseguenza diretta 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. 50AS, di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché 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)
 - dall'attività nelle sue varie forme Ecome
 - dalle arti marziali
 - dalla speleologia
 - dall'alpinismo
 - dallo sci estremo
 - dalle immersioni subacquee con autospiratore

- terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità 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 check-up clinici
- le cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatisi successivamente alla stipula del contratto, sono escluse in ogni caso le protesi dentarie
- malattie professionali come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipula 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 dalle accelerazioni di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti

- conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

C. 9 LIMITI TERRITORIALI

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

C.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.

C.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 dare avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 c.c.

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

C.12 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

C.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 è considerata denuncia di sinistro. Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a telefonare può inviare un fax o 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, provvedere 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 dare comunicazione telefonica o scritta alla Centrale Salute, ai numeri ed agli indirizzi indicati al capitolo "La Centrale Operativa".

In alternativa possono dare 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 e.e. 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 o in alternativa, all'Agenzia dove è stata stipulata la polizza o 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 c.c.

C.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, ciascuna delle parti può recedere

dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

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

Ai fini dell'applicazione della presente clausola, non sono considerati sinistri le visite, gli esami ed i controlli previsti all'ari A.1 "Medicina Preventiva", lett. a) Check-up e lett. b) Club Mantenimento Salute.

Il presente disposto non e' applicabile qualora la durata contrattuale pattuita sia pari od inferiore ad anni 5.

C.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 dal 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 nonché l'importo in franchigia o lo scoperto, saranno invece direttamente pagate dall'Assicurato al Centro e/o al medico specialista convenzionato e/o all'equipe medica convenzionata sulla base della relativa fattura. L'Assicurato deve inoltre, all'atto di dimissione dal Centro Convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal Centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal Centro Convenzionato, in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra.

Analoga sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati. L'assicurato deve inoltre restituire alla Società gli importi eventualmente già pagati dalla stessa per prestazioni sanitarie che, dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica, risultino a qualsiasi titolo non indennizzabili. In merito a quanto sopra, l'Assicurato sottoscriverà, anteriormente all'esecuzione delle prestazioni presso i Centri Convenzionati, una "Lettera di impegno" (vedere facsimile 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 D) Tabella Indennizzi ed agli artt. A.2.3 e A.3.2 "Indennizzi", secondo le seguenti modalità: il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata su presentazione degli originali della documentazione medica, come da art. C.13 " Denuncia di sinistro ed obblighi dell'Assicurato", e delle relative note, 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 note, 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 è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

e) Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga, per un ricovero, un intervento chirurgico o un parto, di medici di sua fiducia nell'ambito di Centri Convenzionati,

è applicabile la lettera a) del presente articolo per le spese relative al Centro Convenzionato. Per le spese relative all'equipe medica e per le spese previste alla lett. b) dell'art.A.2 "Interventi chirurgici e ricoveri", ed alla lett. b) dell'art.A.3 "Parto naturale o cesareo", è applicabile la lettera b) del presente articolo.

- d) Per le garanzie previste agli artt. **A.5 "Indennità di degenza sostitutiva", B.1 "Indennità di degenza aggiuntiva", B.2 "Indennità di convalescenza"** il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato al termine del ricovero o della convalescenza su presentazione della cartella clinica; per la garanzia di cui all'art. **B.3 "Indennità di apparecchio gessato"** su presentazione della cartella clinica, ove esistente, o della certificazione medica.

C.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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri sul verbale definitivo.

C.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 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

C.18 ONERI FISCALI

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

C.19 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

D) Tabella Indennizzi

D.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 D) "Tabella Indennizzi", dove a ciascun intervento o ricovero è associato il corrispondente massimo indennizzo.

Nella colonna relativa alle Équipe mediche sono invece riportati i massimi importi indennizzabili per l'équipe 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 mediante raccomandata con ricevuta di ritorno.

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 riguardanti il periodo di ricovero e/o l'intervento chirurgico non comportino violazione delle disposizioni di legge in materia vigenti in Italia.

D.2 ANTICIPAZIONE DELL'INDENNIZZO IN CASO DI SINISTRO COMPORTANTE RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA ALL'ESTERO.

In caso di sinistro comportante ricovero in Istituto di cura all'estero, l'Assicurato ha la possibilità di ottenere una anticipazione dell'indennizzo a condizione che fornisca la documentazione medica sufficiente alla Società per accertare l'indennizzabilità del sinistro stesso, nonché un preventivo della casa di cura e dell'équipe medica sulle spese da sostenere per il ricovero. La Società corrisponde il 70% delle spese preventivate rimborsabili a termini di polizza.

La Società si riserva la facoltà di provvedere, ove possibile, al pagamento dell'acconto direttamente all'Istituto di cura all'estero, tramite bonifico bancario. L'Assicurato è tenuto ad indicare la presunta data del ricovero che non può essere oltre il 30° giorno dalla data della richiesta di anticipo; trascorso tale periodo, in caso di mancato ricovero, la Società avrà diritto di richiedere la restituzione di detto anticipo.

In sede di liquidazione definitiva dell'indennizzo la Società detraerà le somme corrisposte all'Assicurato a termini del presente articolo.

Qualora a guarigione avvenuta dovesse risultare che l'indennizzo non era dovuto, la Società ha diritto alla restituzione degli importo anticipati.

Interventi chirurgici e parto sia naturale che cesareo

PATOLOGIA	Indennizzo massimo per Équipe medica (in Euro)	Indennizzo massimo per intervento (in Euro)
APPARATO GENITALE MASCHILE		
Varicocele (qualsiasi tecnica)	1.200	2.600
CARDIOCHIRURGIA		
Angioplastica coronarica singola con o senza trombolisi compreso eventuale stand-by chirurgico ed eventuale applicazione di stent	2.800	6.000
Cardiochirurgia a cuore aperto (qualsiasi età), compresi aneurismi e sostituzioni valvolari	8.000	18.000
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA		
Ablazione transcateretere	2.600	5.800
Angioplastica coronarica singola o multipla con o senza trombolisi compreso eventuale stand-by chirurgico ed eventuale applicazione di stent	4.000	9.000
Angioplastica standard dei vasi periferici	2.000	4.000
Coronarografia più ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	1.450	3.100

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA		
Mastectomia radicale mono o bilaterale con o senza linfoadenectomia	4.000	8.800
Mastectomia semplice mono o bilaterale con o senza linfoadenectomia	2.400	5.000
Mastectomia sottocutanea mono o bilaterale	2.000	4.200
Quadrantectomia monolaterale con o senza linfoadenectomia (bilaterale + 30%)	3.000	6.200
Cisti benigne della mammella	1.200	2.500
CHIRURGIA DELLA MANO		
Aponeurectomia per morbo di Dupuytren	1.800	3.600
M. di Norta (dito a scarto), M. di Quervain, tenosinoviti	900	1.900
Sindromi canalicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare)	1.300	2.700
CHIRURGIA DEL COLLO		
Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari o tiroidectomia subtotale	2.200	4.800
Tiroidectomia totale con o senza svuotamento latero-cervicale	4.000	9.000
CHIRURGIA DEL FEGATO E VIE BILIARI		
Calcolosi epatica - colecistectomia (qualsiasi tecnica)	2.400	5.200
CHIRURGIA DELL'INTESTINO		
Appendicectomia anche con peritonite diffusa (tutte le metodiche)	2.100	4.300
Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale o ascesso perianale (intervento)	1.200	2.600
By-pass intestinali per il trattamento dell'obesità patologica	2.600	5.200
Cisti dermoide, fistola sacro coccolgea (anche recidive)	1.300	2.600
Emorroidi e ragadi (qualasi metodica), trattamento chirurgico radicale	1.300	2.600
Fistola anale extrasfinterica	1.800	4.000
Fistola anale intrasfinterica	1.200	2.600
Prolasso rettale, intervento con qualsiasi metodica	1.600	3.400
Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	260	520
CHIRURGIA DELLA PARETE ADDOMINALE		
Ernia crurale, epigastrica, inguinale, ombelicale semplice, recidiva, strozzata	1.900	3.900
Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perineale)	2.700	5.700
Laparocèle (intervento per)	2.500	5.400
CHIRURGIA DI STOMACO E DUODENO		
Intervento per ernia jatale, compresa plastica antireflusso	2.500	5.200
CHIRURGIA VASCOLARE		
Aneurismi aorta addominale più dissecazione, resezione e trapianto	7.000	16.000
Aneurismi arterie distali degli arti, arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici	4.000	9.400
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 o vene profonde o cava	4.000	9.400
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicoctomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche anche CHIVA	1.200	2.600
GINECOLOGIA		
Annessiectomia mono o bilaterale (interventi conservativi o demolitivi)	4.200	9.600
Cisti della ghiandola di Bartolini (asportazione)	1.200	2.600

Cisti ovarica (asportazione)	2.400	5.200
Isterectomia semplice/radicale senza linfoadenectomia (qualunque via)	2.800	6.000
Isterectomia semplice/radicale con linfoadenectomia	3.800	8.200
Resezione ovarica mono o bilaterale per patologia disfunzionale	1.300	2.600
OCULISTICA		
Cataratta senile, traumatica, patologica, complicata, molle (estrazione ed asportazione di) ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	1.500	3.200
Rosi palpebrali (escluse finalità estetiche)	1.300	2.600
Glaucoma: interventi per, qualsiasi metodica	2.000	4.800
Userchirurgia - Lasik della cornea	800	1.600
ORTOPEDIA		
Alluce valgo	1.200	2.600
Artroprotesi totale o parziale di grandi articolazioni (polso, spalla, anca, ginocchio, gomito, tibiotarsica)	4.500	10.000
Chemoneucleolisi per ernia discale	3.000	5.200
Ernia del disco (qualsiasi) anche per via transtoracica o anteriore con artrodesi intersomatica	4.000	9.200
Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (qualsiasi tecnica)	2.800	6.600
Legamenti articolari del ginocchio senza meniscectomia (qualsiasi tecnica)	2.200	4.800
Plastica per lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio)	2.400	5.200
Meniscectomia anche con rimozione di corpi mobili anche con condroabrasione (trattamento completo)	2.000	4.400
Neurinomi (trattamento chirurgico)	1.200	2.600
OSTETRICIA		
Parto cesareo	3.400	7.400
Parto vaginale	2.600	4.800
Cerchiaggio vaginale	260	520
OTORINOLARINGOIATRIA		
Adenoidectomia o Tonsillectomia	1.200	2.600
Adeno-tonsillectomia	1.700	3.600
Pinosettoplastica con innesti liberi d'osso	1.200	2.600
Rinosettoplastica ricostruttiva o funzionale compresa turbinotomia	2.400	4.800
Turbinotomia (come unico intervento)	260	520
UROLOGIA		
Calcolosi renali e delle vie urinarie (qualsiasi tecnica)	1.800	3.800
Resezione di collo vescicale e prostata	2.400	5.200
Neoplasia vescicale (intervento con qualsiasi metodica)	2.400	5.200
Prostata: resezione endoscopica + vaporizzazione (TURP, TUMP)	2.400	5.200
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfoadenectomia (qualsiasi metodica)	6.600	16.200
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	3.600	7.600
PRESTAZIONI PER PICCOLI INTERVENTI		
APPARATO GENITALE MASCHILE Applicazione di protesi testicolare, biopsia testicolare mono o bilaterale, trenulotomia, frenuloplastica, puntura di idrocele.		
CARDIOLOGIA Massaggio cardiaco interno, pericardiocentesi, controllo elettronico di pace maker impiantato		

e riprogrammazione con metodo non invasivo o sostituzione del generatore.

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

Incisione di ascesso mammario, posizionamento punto di repere per noduli non palpabili.

CHIRURGIA DELLA MANO

Amputazioni talangee, trattamento incruento di fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi e del polso.

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, efogagogastroduodenoscopia 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 prnx spontaneo, prnx 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 (prescalenica, asportazione chirurgica di linfonodo a scopo diagnostico, epatica, pancreatica, pleurica, laterocervicale, sopraclaveare, polmonare, digiunale anche sotto scopia, iniezione endoarteriosa.

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).

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 **porzio** 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.

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>OCULISTICA</p> <p>Asportazione di corpi estranei della congiuntiva o della cornea, iniezione sottocongiuntivale, sutura anche con innesto di piccole cisti congiuntivali, pterigio o pinguecola, crioapplicazioni corneali, paracentesi della camera anteriore, sutura corneale, discissione di cataratta secondaria, alcoolizzazione del nervo cigliare, crioapplicazione arti glaucomatosi, 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.</p> <p>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).</p> <p>Trattamenti laser degli annessi, della congiuntiva, dei nevasi 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</p> <p>Agospiroto 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</p> <p>Amnioscopia, colpopireneorrafia, sutura di lacerazione cervicale, trattamento chirurgico di mastite puerperale, secondamento artificiale.</p>		
<p>OTORINOLARINGOIATRIA</p> <p>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 coanali, 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</p> <p>Brushing citologico in cistoscopia, cistoscopia ed eventuale biopsia, cromocistoscopia e cateterismo uretrale, ureteroscopia, uretrocistoscopia, elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali (per seduta), meatotomia ureterale e uretrale, stenting ureterale, cambio di tubo cistostomico e pielostomico, Agospiroto/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>		
<p>TUTTI BU ALIBI INTERVENTI (esclusi tumori maligni, salvo i casi descritti)</p>	6.000	12.000
<p><u>INTERVENTI PER TUMORI MALIGNI</u> (salvo i casi descritti)</p>	12.000	24.000

Ricoveri senza intervento chirurgico

Durata della degenza	Indennizzo massimo per Équipe Medica	Indennizzo massimo per ricovero
Fino ad un giorno di ricovero	300	1.200
Fino a due giorni di ricovero	500	1.800
Fino a tre giorni di ricovero	650	2.250
Fino a quattro giorni di ricovero	800	2.700
Da a cinque a sette giorni di ricovero	1.200	3.850
Da otto a quindici giorni di ricovero	2.000	6.300
Da quindici a trenta giorni di ricovero	3.600	10.000
Degenza superiore a trenta giorni	5.000	15.000

Condizione speciale SociAd

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 applicazione apparecchio gessato, sarà riconosciuto all'avente diritto una maggiorazione dell'indennizzo pari al 10% 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 AS e pertanto remissione, 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.51AS, 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.50AS, 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.

E) FORMULA FAMIGLIA

E.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 nel simple Formula Famiglia Mod.57 AS.

Le garanzie prestate ai familiari dell'Assicurato sono unicamente quelle garantite nella presente Formula.

Le garanzie:

E.2 Cure per il neonato

Qualora il figlio neonato dell'Assicurato, nato a seguito di parto indennizzabile a termini della polizza SaraCheckUp di riferimento, 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 neonato sostenute dall'Assicurato.

In entrambi i casi la garanzia è prestata fino a un massimo di € 3.000,00 per annualità assicurativa e sino al compimento di un anno di età del bambino.

Sono comprese tra le spese indennizzabili quelle relative alla presenza di un accompagnatore e, in deroga a quanto previsto all'art. C.8 "Rischi esclusi", gli interventi relativi all'eliminazione e correzione di malformazioni congenite.

Nel caso di rimborso delle spese all'Assicurato, questi dovrà fornire alla Società l'originale delle fatture di spesa e copia della cartella clinica.

In caso di parto gemellare la presente garanzia è applicabile a tutti i gemelli ma sempre nel limite complessivo del massimale annuo suindicato di € 3.000,00.

E.3 Cure per figlio adottivo

La garanzia prevista al precedente art. E.2 "Cure per il neonato", è estesa, per la durata di un anno a far data dal decreto di adozione, al figlio adottivo dell'Assicurato, purché le pratiche di adozione siano iniziate successivamente alla stipula della presente Formula.

In caso di adozione di più bambini si applica quanto previsto al precedente articolo E.2 per il parto gemellare.

Per il solo neonato, intendendosi per tale il bambino entro il primo anno di vita, sono compresi, come da precedente art. E.2, gli interventi relativi all'eliminazione o correzione di malformazioni congenite.

E.4 Check-up per il coniuge

Sulla base del presente articolo, la garanzia prevista all'art. A.1 "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 nel simple della Formula Famiglia Mod. 57AS.

E.5 Corso di preparazione al parto

Qualora l'Assicurata o il coniuge dell'Assicurato, necessiti di un corso di preparazione al parto, parto la cui data è prevista dal due-

centosettantesimo 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 nel simplo della Formula Famiglia Mod. 57AS.

E.6 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, necessitano 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 e, 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 nel simplo della Formula Famiglia Mod. 57AS.

E.7 Cure veterinarie

Qualora, a causa di malattia o 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 simplo della Formula Famiglia Mod. 57AS, 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 o 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 più di un cane, la presente garanzia è applicabile a tutti gli animali ma sempre nel limite complessivo del massimale annuo suindicato di € 500,00.

F) FORMULA SPORTIVO

F.1 Formula Sportivo

La presente Formula può 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 sul simplo Formula Sportivo Mod. 59AS.

Le garanzie:

F.2 Riabilitazione

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini della polizza SaraCheckUp 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 € 2.500,00.

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 € 2.500,00. Per ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società l'originale delle fatture di spesa e certificazione medica in merito alla patologia e alle fisioterapie effettuate.

F.3 Applicazione e rimozione gesso

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini della polizza SaraCheckUp 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.

F.4 Preparatore atletico

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini della polizza SaraCheckUp 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 € 2.500,00, delle spese per il preparatore atletico nei 120 giorni successivi all'infortunio o 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.

F.5 Rimborso per abbonamenti o corsi non goduti

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini della polizza SaraCheckUp 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.

F.6 Pratica di sport ad alto rischio

Sulla base del presente articolo, in deroga a quanto previsto dall'art. C.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 di sport ad alto rischio sotto elencati, sempre che la pratica di questi sport non costituisca per l'Assicurato attività professionale principale o secondaria:

- lotta nelle sue varie forme
- arti marziali
- immersioni subacquee con uso di autorespiratore, compreso il rischio di embolia
- alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai non oltre i 5.000 metri

di altezza, purché praticato in gruppo

- speleologia praticata in gruppo

G) FORMULA BENESSERE

G.1 Formula Benessere

La presente Formula può 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 sul semplice Formula Benessere Mod. 61AS.

Le garanzie:

G.2 Cure omeopatiche e fitoterapiche

Sulla base del presente articolo, in deroga a quanto previsto dall'art. 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 a termini della polizza SaraCheckUp di riferimento, entro il massimale annuo di € 500,00 per anno assicurativo.

G.3 Disassuefazione tabagica

La Società, entro l'importo di € 1.000,00, 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 è possibile usufruire di tale prestazione per più di una volta nel corso della durata della Formula Benessere. Tale garanzia è valida solo per i primi 5 anni di durata della polizza SaraCheckUp di riferimento.

G.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 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 SaraChekUp di riferimento.

G.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 SaraChekUp di riferimento.

G.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 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 SaraChekUp di riferimento.

G.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. È 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 SaraChekUp di riferimento.

G.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). È 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 SaraChekUp di riferimento.

G.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 Braca (altezza in centimetri meno 104); la Società provvedere 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. È 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 SaraChekUp di riferimento.

H) FORMULA SINGLE

Al fine 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 familiare anziano non autosufficiente.

H.1 Formula Single

La presente Formula può essere rilasciata solo all'Assicurato nominativamente indicato nella polizza SaraChekUp 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 sul simple Formula Single Mod. 63AS.

Le garanzie:

H.2 Assistenza domiciliare

Qualora l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minore/i di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, a causa di infortunio o malattia indennizzabile a termini della polizza SaraChekUp di riferimento, sia degente presso il proprio domicilio e non sia in grado di espletare le funzioni essenziali (alimentazione, igiene personale, igiene ambientale, deambula-

zione), 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.

H.3 Invio infermiere a domicilio

Qualora l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minore/i di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, a causa di infortunio o malattia indennizzabile a termini della polizza SaraChekUp di riferimento, sia degente presso il proprio domicilio ed abbia necessità di sottoporsi a prestazioni infermieristiche, prescritte dal medico, la Società, provvedere 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.

H.4 Assistenza notturna in Istituto di cura

Qualora l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minore/i di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, a causa di infortunio o malattia indennizzabile a termini della polizza SaraChekUp di riferimento, venga 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, provvedere 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.

H.5 Spesa a domicilio e pagamento bollette in scadenza

Qualora l'Assicurato, che viva da solo o conviva da solo con minore/i 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 SaraChekUp di riferimento, la Centrale Operativa provvederà al recapito della spesa presso il domicilio dell'Assicurato nonché al pagamento delle bollette delle utenze in scadenza. La garanzia è

prestata per un massimo complessivo di 15 giorni per annualità assicurativa. Restano a carico dell'Assicurato i costi delle merci e delle utenze.

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

H.6 Baby-sitter per minore/i di anni 15 o badante per persone anziane

Qualora l'Assicurato, che conviva da solo con minore/i di anni 15, a seguito di infortunio o malattia indennizzabili a termini della polizza SaraChekUp 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.

H.7 Pensione per animali domestici

Qualora l'Assicurato, che viva da solo o conviva da solo con minore/i di anni 15 o con persona anziana non autosufficiente, a seguito di infortunio o malattia indennizzabili a termini della polizza SaraChekUp 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 60 giorni per anno assicurativo.

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

H.8 Telesoccorso 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 SaraChekUp di riferimento, venga ricoverato in un Istituto di cura, la Centrale Operativa, purché l'abitazione sia dotata di apparecchio telefonico, organizza ed eventualmente fornisce gratuitamente, tramite i propri fornitori, un apparecchio per il Telesoccorso per il familiare anziano

durante il periodo di ricovero dell'Assicurato, per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa.

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

H.9 Telesoccorso all'Assicurato

Nel caso in cui l'Assicurato che viva da solo o conviva da solo con minore/i di anni 15 o con familiare anziano non autosufficiente, a seguito di infor-

tunio o malattia indennizzabili a termini della polizza SaraChekUp 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'INVALIDITÀ 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 incompetenze 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 cardiovascolare

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 né 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

amente e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.

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 ipertrofica o restrittiva
- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuti-

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'emfisema 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 endoscopia 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 né 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 miniano

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

Criteri di valutazione:

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

Clearance creatinina superiore a 50 ml/min.

oppure

Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min, con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100 / mm Hg) 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 20 ml/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 sé 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 mi. non necessita di emotrasfusioni

oppure

sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia

v

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 mi. 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 sui medici specialisti convenzionati, consulenza medica ed informazioni sanitarie ed operative è necessario telefonare al numero verde indicate nel 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 si necessita

Premessa la normativa prevista agli artt. C.13 "Denuncia di sinistro" e C 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 è impossibilitati a telefonare è possibile inviare un fax o 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 è 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 di insorgenza della malattia o dell'infortunio
- data di ricovero in 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

Lettera di impegno

Allegato 3

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome).....
assicurato/a con polizza SaraCheckUp di SARA Assicurazioni n°.....
delega 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 a 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

ii

Autorizzazione al trattamento dei dati personali (D.L. 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 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 Sara-CheckUp (tramite sottoscrizione dell'informativa ai sensi del D.L. 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 è subordinato al rispetto delle disposizioni della 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 sul sito www.sara.it

Acconsento SI Q / NO Q

Firma dell'Assicurato

ii

Med 05/RS 04/03/2004