

Tutela Salute

Indice

	Pagina
Nota Informativa	3
Premessa	4
Definizioni e Precisazioni	6
Condizioni che regolano l'assicurazione in generale	8
Condizioni che regolano l'assicurazione "Rimborso Spese Mediche Ospedaliere e Indennità Giornaliera da Ricovero"	10
Condizioni che regolano la denuncia e la liquidazione dei sinistri	15
Interventi di "Alta Chirurgia"	17

Le Definizioni, Condizioni e Norme qui contenute regolamentano la prestazione di tutte le coperture assicurative previste nella polizza Mod. ASS 100 di cui il presente libretto forma parte integrante, ma sono operanti solo per le garanzie espressamente attivate.

NOTA INFORMATIVA

Predisposta ai sensi dell'art. 185 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 7 settembre 2005 n. 209) ed in conformità con quanto disposto dalle circolari ISVAP in materia.

Informazioni relative all'Impresa

La Società Le Assicurazioni di Roma Mutua Assicuratrice Romana è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale del 17/3/1973 e del 27/12/1983 pubblicati sulla G.U. n. 101 del 18/4/1973 e n. 10 dell'11/1/1984, con sede legale in Italia, Lungotevere Raffaello Sanzio, 15 - Roma 00153.

Il contratto è stato concluso presso la sede della Direzione Generale de Le Assicurazioni di Roma, sita in Roma, Lungotevere Raffaello Sanzio 15.

Informazioni relative al contratto

La legislazione applicabile al contratto di assicurazione che Le viene sottoposto è quella italiana ed è quella scelta da le Assicurazioni di Roma.

Le ricordiamo che è sua facoltà scegliere una diversa legislazione, nel qual caso dovrà però rivolgersi ad altra impresa assicuratrice.

Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla nostra Impresa – Le Assicurazioni di Roma, Servizio Reclami – Lung.re Raffaello Sanzio 15, 00153 Roma, Fax 065884117; e mail reclami@adir.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in mancanza di un riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla nostra Impresa.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità, Le ricordiamo che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Termini di prescrizioni contrattuali

Ai sensi dell'art. 2952 del C.C., i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di un anno decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

Si richiama l'attenzione del Contraente, prima di sottoscrivere il contratto assicurativo, di leggere attentamente tutte le condizioni.

Premessa

Cosa significa assicurazione Rimborso Spese Mediche

Il contratto che avete sottoscritto si chiama Polizza "Tutela Salute". È un contratto con il quale gli Assicurati vengono tutelati per i danni economici derivanti da infortunio o malattia.

Il contratto, nella definizione, specifica che è considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili"; è considerata malattia "ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio".

Cosa si deve sapere

Questo contratto è regolato in base alla legge italiana. Qualora la lettura delle norme in esso contenute risulti poco comprensibile, Le Assicurazioni di Roma consiglia di chiedere all'Agente spiegazione dei punti che Vi risultano oscuri.

In ogni caso, è importante sapere alcune cose:

- a. **Nel momento in cui il contratto viene sottoscritto**, sia la persona che lo sottoscrive (Contraente) sia le persone garantite dall'assicurazione (Assicurati) **si impegnano a fornire** a Le Assicurazioni di Roma alcune informazioni. Queste riguardano:
 - 1) attività lavorativa svolta dalle persone assicurate
 - 2) l'assenza di difetti fisici, mutilazioni, malattie
 - 3) l'assenza di altre polizze che garantiscono gli stessi rischi
 - 4) lo stato di salute (rispondendo in modo esauriente e veritiero al questionario anamnestico).
 - 5) l'assenza di polizze annullate da altre Compagnie negli ultimi due anni.Queste notizie devono essere **vere e complete**.
- b. **La decorrenza della garanzia**, ossia il giorno dal quale iniziate ad essere assicurati, è indicata sulla scheda di polizza. Questa data, riportata sulla prima pagina della scheda di polizza, è **valida** se avete pagato nello stesso giorno il premio all'Agente (salvo quanto disposto dall'art. 12.3).
In caso contrario, l'assicurazione diviene valida il giorno del pagamento, che l'Agente indicherà sul retro della scheda stessa. Il termine "giorno" indica le ore 24 del giorno stesso.

Cosa fare in caso di sinistro

1. **Presentare denuncia** al più presto (vedi art. 13) o inviando lettera raccomandata all'Agenzia o personalmente presso l'Agenzia stessa. Anche successivamente formalizzare la denuncia compilando il modulo fornito dalla Società:

descrivere la causa del ricovero (quando, dove, motivo);

far compilare dal medico curante l'attestazione circa la natura dell'infermità alla relativa prognosi.

N.B.: già nella prima comunicazione indicare Polizza "Tutela Salute" n.

Agenzia di " per sveltire la pratica.

2. **Inseguito richiedere all'Agenzia il numero del sinistro assegnato alla pratica.** Ogni volta che si dovrà comunicare chiedere notizie, fare riferimento al "numero del sinistro."

3 **Documentazione.** A dimissione avvenuta produrre in originale la cartella clinica nonché, per il Rimborso Spese Mediche Ospedaliere, tutte le fatture notule e parcelle comprovanti le spese sostenute.

Esempio di lettera di denuncia di sinistro

Spett.le **Le Assicurazioni di Roma** Lungotevere R. Sanzio, 15 00153

Oggetto: DENUNCIA DI SINISTRO SU POLIZZA TUTELA SALUTE..AGENZIA DI

Vi comunico che l'Assicurato/a in data
(precisare quale tra le seguenti ipotesi si è verificata)

è stato ricoverato/a in istituto di cura/Day Hospital a per

ha subito intervento chirurgico senza ricovero per

è stato/a ricoverato/a a domicilio per

è stato/a sottoposto/a alle seguenti terapie: per

ha effettuato i seguenti accertamenti diagnostici:per

Allego la seguente documentazione medica e di spesa: Abitazione (indirizzo e n. telefonico) Luogo di lavoro (idem)

Cognome Nome

Vian. .. C.A.P.....

Località.....

(Data)

(firma)

Definizioni e precisazioni

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. **Assicurazione:** il contratto di assicurazione.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione. **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro. **Polizza:** i documenti che provano l'assicurazione;

Premio: l'importo dovuto dal Contraente alla Società; **Rischio:** la possibilità che si verifichi il sinistro.

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

Società: Le Assicurazioni di Roma.

Inoltre, alle seguenti espressioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui di seguito riportato:

Assistenza infermieristica: Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

Centro diagnostico: Struttura poliambulatoriale regolarmente autorizzata per le indagini diagnostiche.

Day Hospital: Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, erogante prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti.

Franchigia - Scoperto: Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico ambulatoriale: Intervento chirurgico - comprese le gessature - eseguito senza ricovero.

Intervento chirurgico: Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali o strumentali cruenti.

Istituto di cura: Istituto universitario, Ospedale, Casa di cura, Day Hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.

Malattia: Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Malattia in atto: Malattia clinicamente accertata o presente con sintomi avvertibili dal buon padre di famiglia. Malattie e sintomi possono risultare sia da dichiarazioni o da documentazione medica anche in data posteriore alla stipulazione della polizza.

Malattia terminale: Malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza che comporta per l'Assicurato la non autosufficienza, l'incapacità a mantenere una vita indipendente e/o a svolgere le comuni attività quotidiane.

Malformazione - Difetto fisico: Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della polizza.

Massimale: La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nucleo assicurato, la Società presta la garanzia.

Nucleo familiare assicurato: Le persone indicate nella scheda di polizza e facenti parte dello stato di famiglia.

Ricovero - Degenza: Permanenza in istituto di cura con pernottamento - Permanenza diurna in Day Hospital.

Termini di aspettativa - Carenze: Il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione dell'assicurazione e l'inizio della garanzia.

Trattamenti specialistici: Terapie - prescritte dal medico curante - praticate in strutture ambulatoriali specialistiche regolarmente autorizzate alla fisiochinesiterapia o in strutture ambulatoriali di istituti di cura.

Visita specialistica: Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Condizioni che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1 Dichiarazioni del Contraente e/o dall'Assicurato

L'Assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni rese dal Contraente nella scheda di polizza e nel questionario che costituiscono parte integrante del contratto.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ed anche la cessazione dell'assicurazione, come previsto dagli artt. 1892 - 1893 - 1894 del Codice Civile.

Art. 2 Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato devono comunicare per iscritto a Le Assicurazioni di Roma l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. La Società entro 60 giorni dalla comunicazione, può recedere dal contratto, con preavviso di almeno 30 giorni. In caso di sinistro, deve esserne dato avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 3 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Fermo il disposto dell'art. 11.3 e di ciascuna forma di garanzia l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se non sono stati pagati i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, come previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure a Le Assicurazioni di Roma.

L'assicurazione cessa alla scadenza contrattuale stabilita senza necessità di disdetta.

Art. 4 Prova del contratto regolatrici Validità delle variazioni

Il presente documento, il questionario che raccoglie le dichiarazioni dell'Assicurato, la scheda di polizza sono i documenti che costituiscono la prova delle condizioni dei rapporti fra le Parti. Qualunque variazione dell'assicurazione deve risultare da atto sottoscritto.

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 5 Disdetta in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60°giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o Le Assicurazioni di Roma possono recedere dall'assicurazione. Il recesso ha effetto alla scadenza del periodo annuo di assicurazione in corso,

ovvero, se comunicato meno di 30 giorni prima di detta scadenza, alla scadenza annua successiva.

Art. 6 Oneri fiscali

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

Art. 7 Foro competente

Foro competente a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo di residenza o sede legale dell'attore, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza

Art. 8 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 9 Indicizzazione

Le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita"), elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice, corrispondente a quello del mese di settembre dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di settembre dell'anno successivo. Il diritto all'adeguamento sorge quando la differenza fra detti indici sia non inferiore al 5% e gli aumenti e le riduzioni sono applicabili a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'indice che ha dato luogo a variazione di somme assicurate e di premio.

Qualora, in conseguenza alle variazioni dell'indice, le somme assicurate ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, l'Assicurato avrà facoltà di rinunciare all'adeguamento; in tal caso le somme assicurate ed il premio rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

Condizioni che regolano l'assicurazione Rimborso Spese Mediche Ospedaliere e Indennità Giornaliera per Ricovero

Art. 10 Rischio assicurato

10.1 Qualora un infortunio o una malattia rendano necessario:

- **l'intervento chirurgico, anche senza ricovero;**

la Società rimborsa fino alla concorrenza dei massimali previsti al punto 10.2 **le spese sostenute dall'Assicurato per:**

- a. intervento chirurgico, compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi - escluse quelle dentarie, lenti a contatto ed occhiali salvo le I.O.L. (cristallino artificiale) - applicati durante l'intervento. In caso di sostituzione di detti apparecchi terapeutici e protesi determinata da necessità medica, le spese per il loro acquisto sono rimborsate nel limite di € 2.500,00 per anno assicurativo. L'infortunio che determina la necessità di intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, deve essere comprovato anche da referto della prestazione del Pronto soccorso Pubblico;
- b. assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, cure (con il limite per la dialisi di 30 applicazioni per anno assicurativo), trattamenti specialistici, medicinali, accertamenti diagnostici durante il ricovero e/o l'intervento chirurgico;
- c. rette di degenza, con massimo di € 180,00 giornaliere; limite che non si applica per gli interventi chirurgici relativi alle affezioni previste al punto 10.2 lett. b);
- d. visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), trattamenti specialistici nei 60 giorni precedenti e nei 60 giorni successivi all'intervento chirurgico e purché dette prestazioni siano ad esso inerenti.
Sono altresì comprese le spese sostenute per cure termali (ad eccezione di quelle di natura alberghiera) praticate in conseguenza di un intervento chirurgico nei 120 giorni ad esso successivi
- e. trasporto con qualsiasi mezzo, dell'Assicurato in istituto di cura, da un istituto di cura all'altro e – purché richiesto con certificazione medica -per il ritorno a casa. Il tutto nel limite di € 2.500,00 per anno assicurativo e nucleo;
- f. il vitto e il pernottamento in istituto di cura dell'accompagnatore fino a Euro 60,00 giornaliere, per un massimo di 60 giorni per ricovero.
In caso di ricovero all'estero, Le Assicurazioni di Roma - oltre a quanto sopra indicato - rimborsa anche, sino ad un massimo di € 1.500,00 per anno assicurativo e per nucleo, le spese sostenute dall'accompagnatore per il viaggio in treno o in aereo di linea e, in caso di provata indisponibilità della struttura ospedaliera, quelle per il vitto e pernottamento in struttura alberghiera;
- g. cure e protesi dentarie da effettuarsi e/o applicarsi a seguito di intervento chirurgia oro-maxillo facciale conseguente ad infortunio o a neoplasia maligna, con il limite per le protesi di € 5.000,00.
Qualora l'intervento sia determinato da infortunio, quest'ultimo deve essere comprovato anche da referto della prestazione del Pronto Soccorso Pubblico.

10.2 Le Assicurazioni di Roma rimborsa tutte le spese indennizzabili a termini di polizza in caso di intervento chirurgico relativo alle seguenti affezioni:

- patologie delle tonsille e delle vegetazioni adenoidi - idrocele - mastopatie fibrocistiche - cataratta fino alla concorrenza di € 2.000,00 per anno assicurativo e per evento;
- ernie addominali o iatali-varici -varicocele-emorroidi - meniscopatia- appendicite -fistole anorettali, perianali, sacro-coccigee - calcolosi biliare - parto cesareo fino alla concorrenza di € 3.600,00 per anno assicurativo e per evento; calcolosi renale e delle vie urinarie - malattie delle ovaie - fratture ossee (con esclusione di quelle alla colonna vertebrale e degli interventi annoverati fra quelli di alta chirurgia) - ulcera gastrica e/o duodenale - adenoma prostatico (per ultra 55enni) - miofibromi uterini - prolasso utero vescicale fino alla concorrenza di € 5.000,00 per anno assicurativo e per evento.

Per gli interventi chirurgici relativi ad affezioni diverse da quelle sopraindicate, Le Assicurazioni di Roma rimborsa le spese fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda di polizza.

10.3 Cure al neonato

Per i nati da un parto indennizzabile a termini di polizza, l'assicurazione è operante - negli stessi termini previsti per la madre al momento del parto, - gratuitamente nei primi 90 giorni di vita anche per malformazioni, difetti fisici e malattie congenite.

10.4 Trapianto di organi

La Società rimborsa altresì le spese - indennizzabili a termini di polizza - sostenute per il trapianto di organi, sia quando l'Assicurato è donatore vivente sia quando è ricevente.

Se l'Assicurato è ricevente sono anche comprese le spese per il prelievo e il trasporto di organi o parte di essi.

10.5 Indennità sostitutiva del rimborso

Qualora le spese previste al precedente punto 10.1 siano, in caso di ricovero con intervento chirurgico, a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponde una indennità per ogni giorno di degenza paria € 130,00 e con il massimo di 100 giorni per anno assicurativo.

In caso di Day Hospital l'indennità è corrisposta nella misura di € 65,00 giornaliera e per un massimo di 100 giorni per anno assicurativo.

Qualora le spese suddette siano solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato può scegliere fra il rimborso dell'eccedenza di spesa rimasta a suo carico e l'indennità di cui sopra.

10.6 Diagnostica e terapie di alta specializzazione

Anche se non vi è ricovero in istituto di cura o intervento chirurgico ambulatoriale, la Società rimborsa:

- nel limite del massimale assicurato, le spese sostenute per chemioterapia e radioterapia praticate per la cura delle neoplasie a carattere invasivo comprovate da referto istopatologico o da certificazione ospedaliera (ad eccezione della leucemia linfatica cronica), dei tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale, del morbo di Hodgkin;

- fino alla concorrenza di € 2,500,00 per anno assicurativo e nucleo assicurato, le spese sostenute per i seguenti accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio e prescritti dal medico curante:
angiografia - angiografia digitalizzata - risonanza magnetica nucleare - scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche - T.A.C.

10.7 Indennità per ricovero senza intervento chirurgico

(facoltativa ed operante solo se esplicitamente richiamata nella scheda di polizza)

In caso di ricovero in istituto di cura, reso necessario da malattia o infortunio, che non comporti intervento chirurgico, la Società assicura il pagamento dell'indennità indicata nella scheda di polizza per ciascun giorno di degenza, con un massimo di 180 giorni per anno assicurativo.

In caso di parto fisiologico e aborto terapeutico la diaria è corrisposta per non più di 5 giorni.

In caso di ricovero in Day Hospital, che non comporti intervento chirurgico, la Società corrisponde un'indennità giornaliera pari al 50% di quella eventualmente prevista e per un massimo di 180 giorni per anno assicurativo.

Art. 11 Indennità per ricovero

(facoltativa ed operante solo se esplicitamente richiamata nella scheda di polizza)

In caso di ricovero in istituto di cura, reso necessario da malattia o infortunio, la Società assicura il pagamento dell'indennità indicata nella scheda di polizza per ciascun giorno di degenza, con un massimo di 300 giorni per anno assicurativo.

In caso di parto fisiologico e aborto terapeutico l'indennità è corrisposta per non più di 5 giorni.

In caso di ricovero in Day Hospital la Società corrisponde un'indennità giornaliera pari al 50% di quella prevista e per un massimo di 180 giorni per anno assicurativo.

Art. 12 Delimitazioni dell'assicurazione

12.1 Limite di età - Persone non assicurabili

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni si conviene pertanto che al raggiungimento di tale limite di età, il Contraente o Le Assicurazioni di Roma possono recedere dall'assicurazione relativa a tale persona. Il recesso ha effetto alla scadenza del periodo di assicurazione in corso, ovvero, se comunicato meno di 30 giorni prima di detta scadenza, alla scadenza annua successiva. Non sono mai assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

12.2 Esclusioni

L'Assicurazione non comprende il rimborso delle spese sostenute per:

- a. gli infortuni derivanti dalla pratica di sports aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche - non di regolarità pura - e alle relative prove;

- b. gli infortuni derivanti da stato di ubriachezza; uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- c. **le malattie - e le loro conseguenze in atto al momento della stipulazione del contratto; le conseguenze, ricadute o recidive di malattie manifestatesi e/o di infortuni occorsi prima della stipula del contratto;**
- d. il parto non cesareo e l'aborto terapeutico (salvo quanto previsto al punto 10.7), l'aborto volontario non terapeutico;
- e. le cure e gli interventi resi necessari da malformazioni congenite o da difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto, per il neonato al punto 10.3;
- f. le patologie psichiatriche, le psicosi in genere, le sindromi nevrotiche e caratteriali, le sindromi depressive;
- g. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da infortunio), dietologiche o fitoterapiche, le paradontopatie, le cure e le protesi dentarie (salvo quanto previsto al punto 10.1 g), le lenti a contatto e gli occhiali, la cheratotomia radiale fino a tre diottrie di miopia e/o tre diottrie di astigmatismo miopico;
- h. le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- i. le cure e gli interventi determinati da positività H.LV. e da A.LD.S. e sindromi ed essa correlate;
- l. le malattie professionali come definite dal D.P.R. 30.6.65 n. 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza;
- m. le prestazioni sanitarie effettuate da medici o paramedici non abilitati;
- n. le conseguenze di:
 - atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
 - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
 - guerre ed insurrezioni; movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni previste dalla sostituzione di polizze già in essere con la Società, le disposizioni di cui ai punti c), e) che precedono si applicano con riguardo alla data della stipulazione della nuova polizza anziché a quella di stipulazione del contratto originario.

Pertanto le alterazioni dello stato di salute - note all'Assicurato - dipendenti da o conseguenti a situazioni patologiche in atto o preesistenti alla decorrenza della presente polizza sono assicurate per le garanzie da questa previste unicamente ai sensi della polizza sostituita (limiti di indennizzo, modalità di prestazione, durata del contratto) ma non oltre la scadenza della presente polizza. Quanto sopra non vale in caso di specifica regolamentazione prevista per gli eventi suddetti nella presente polizza.

12.3 Termini di aspettativa - Carenze

La garanzia decorre dalle ore 24

- a. del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni e per l'aborto post-traumatico;
- b. dal 180°giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per malattie che siano conseguenza diretta di situazione patologiche - non note all'Assicurato - insorte prima della stipulazione del contratto;
- c. dal 300°giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie varicose, purché non manifestatesi prima della stipulazione del contratto, per il parto cesareo, per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio (a meno che l'Assicurato anche tramite esami ecografici, dimostri che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione);
- d. dal 130°giorno successivo a quello di effetto di assicurazione per le altre malattie. In caso di ricovero od altre prestazioni previste in polizza verificatisi durante la carenza, non verrà corrisposto alcun indennizzo anche per prestazioni a loro connesse ed effettuate oltre il periodo di carenza stessa.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto riguardante gli stessi Assicurati, i termini di decorrenza di cui sopra decorrono:

- dal giorno in cui ha avuto effetto il contratto sostituito per i massimali (se non maggiori di quelli nuovi) o indennizzi e per le modalità di prestazione da esso previsti, ma unicamente per le garanzie assicurate anche dal nuovo contratto;
- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto per le garanzie, i massimali o indennizzi e le modalità di prestazione da questo previsti.

Condizioni che regolano la denuncia e la liquidazione dei sinistri

Art. 13 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Avviso del sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure a Le Assicurazioni di Roma entro cinque giorni da quando ne ha avuto possibilità, allegando la certificazione medica sulla natura della infermità.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

Data del sinistro

Fermo quanto previsto al punto 12.3 delle norme che regolano l'assicurazione malattia, la data del sinistro è quella nella quale si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico ambulatoriale, o altre prestazioni sanitarie assicurate. Le Assicurazioni di Roma effettua, nei limiti del massimale annuo, il rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del sinistro e comunque non oltre un anno dalla scadenza del contratto.

Documentazione medica e delle spese - Liquidazione del sinistro

L'Assicurato deve sottoporsi anche in fase di ricovero, agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'Assicurato deve fornire in caso di ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, copia della cartella clinica completa, integrata - se del caso - dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, degli esami, dei trattamenti e delle cure in genere precedenti e successivi alla prestazione sanitaria in garanzia.

In caso di accertamento diagnostico o terapia, non collegati ad un ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, l'Assicurato deve fornire la prescrizione del medico curante attestante la malattia o l'infortunio e gli esiti degli accertamenti diagnostici. L'Assicurato deve inoltre presentare gli originali delle fatture e delle notule, fiscalmente regolari e quietanzati. La documentazione delle spese è acquisita da Le Assicurazioni di Roma, tuttavia, a richiesta dell'Assicurato, Le Assicurazioni di Roma restituisce la predetta documentazione previa iscrizione dell'importo liquidato e della data di liquidazione.

Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale od altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dall'Ente o dalle spese già rimborsate dall'assicuratore privato.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio - ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi - della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

La liquidazione del sinistro viene effettuata, a cura ultimata, su presentazione del certificato di guarigione o di equivalente dichiarazione da parte dell'Assicurato.

Controversie

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, sono demandate per iscritto a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nella località scelta consensualmente tra le Parti, in caso di disaccordo, il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la 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, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. Le Parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

Interventi di Alta Chirurgia

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico

- Craniotomia per lesioni traumatiche intercerebrali
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o correzione di altre condizioni patologiche
- Cranioplastiche
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta
- Operazioni per encefalo meningocele
- Lobotomia, talamotomia, pallidotomia ed altri interventi di psicotomia
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari
- Neurotomia retrogasseriana; sezione intracranica di altri nervi
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale - Emisferectomia
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici
- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale - Vagotomia per via toracica

Faccia e bocca

- Plastica per paralisi del nervo facciale
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi
- Parotidectomia con conservazione del facciale
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- Demolizione dell'osso frontale
- Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Resezione del mascellare superiore
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Trattamento chirurgico e ortopedico di fratture del condilo e dell'ipofisi coronoide mandibolare:
- Trattamento chirurgico e ortopedico di fratture dei mascellari superiori.

Collo

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne

- **Esofago**
- Interventi per diverticolo dell'esofago
- Resezione dell'esofago cervicale
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo
- Collocazione di protesi endoesofagea per via toraco-laparatomica
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Operazione sull'esofago per stenosi benigne, per tumori.

Torace

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare
- Interventi sul mediastino per tumori
- Resezione segmentarie e lobectomia
- Pneumectomia
- Decorticazione polmonare
- Pleuro pneumectomia
- Toracectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Interventi per fistole bronchiali cutanee
- Asportazione del timo
- Toracoplastica totale

Chirurgia cardiaca

- Pericardiectomia
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei del cuore
- Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici
- Commissurotomia
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare
- Valvuloplastica della mitrale o dell'aorta
- Sostituzione valvolare con protesi
- Infartectomia in fase acuta
- Resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- By-pass aorto-coronarico con vena
- By-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg, singolo e doppio
- Impianto di pace-maker epicardio per via toracotomica o frenico-pericardica
- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore

Stomaco e duodeno

- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Cardiomiectomia extramucosa

Peritoneo e intestino

- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali
- Idem con lesioni dell'intestino: resezione intestinale
- Occlusione intestinale di varia natura: resezione intestinale
- Resezione del tenue
- Resezione ileo-cecale
- Colectomia segmentaria
- Colectomia totale

Retto

- Amputazione del retto per via sacrale
- Amputazione del retto per via addomino-perineale

Fegato e vie biliari

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco
- Resezione epatica
- Epatico e coledocotomia
- Papillectomia per via trans-duodenale
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia)

Pancreas e milza

- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas: enucleazione delle cisti; marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi del pancreas: totale o della testa; della coda
- Splenectomia
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale
- Anastomosi mesenterica-cava

Vasi

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima

- Disostruzione by-pass aorta addominale
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca
- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale

Pediatria

- Idrocefalo ipersecretivo
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia dell'esofago
- Fistola dell'esofago
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineate
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto vulvare: abbassamento addomino perineale
- Eteratoma sacrococcigeo
- Megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale
- Ortopedia e traumatologia
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Artroprotesi di anca
- Endoprotesi di femore
- Artroprotesi di ginocchio
- Artroprotesi di gomito
- Protesi di Thompson
- Artrodesi vertebrali anteriori e/o posteriori

Urologia

- Intervento per fistola vescico-rettale
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia
- Ileocisto plastica - colecisto plastica
- Cistectomia totale
- Intervento per fistola vescico-intestinale
- Intervento per estrofia della vescica
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefroureterectomia totale

Apparato genitale

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi

- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
- Cura chirurgica di fistola ureterale
- Cura chirurgica di fistola retto-vaginale - Metroplastica
- Pannisterectomia radicale per via addominale
- Pannisterectomia radicale per via vaginale
- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomy totale
- Oculistica
- Trapianto corneale a tutto spessore - Iridocicloretrazione
- Trabeculectomia
- Otorinolaringoiatria
- Chirurgia della sordità otosclerotica
- Timpanoplastica
- Chirurgia endoauricolare della vertigine
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine
- Decompressione del nervo facciale
- Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia
- Resezione del nervo petroso superficiale

Laringe

- Laringectomia orizzontale sopraglottica
- Laringectomia parziale verticale
- Laringectomia totale
- Faringolaringectomia

Si considerano "Interventi di Alta Chirurgia" anche:

- Il trapianto ed espianto di organi
- Gli interventi che per complessività siano assimilabili e riconducibili agli interventi previsti dall'elenco precedente
- Il ricovero in reparto di terapia intensiva (così detta rianimazione).