

# **NOMENCLATORE FONDO FASDA**

Pensionati Junior

---

## NOMENCLATORE

### 1. ELENCO PRESTAZIONI

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da elenco in allegato);
- ricovero in istituto di cura per parto naturale o cesareo e per aborto terapeutico o spontaneo;
- ospedalizzazione domiciliare;
- prestazioni e accertamenti di alta specializzazione;
- visite specialistiche e altre prestazioni diagnostiche;
- ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso;
- pacchetto maternità;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- implantologia;
- avulsione fino ad un massimo di 4 denti (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia);
- cure dentarie da infortunio;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia;
- lenti e occhiali;
- vaccini per Herpes Zoster e Meningococco;
- diagnosi comparativa;
- sindrome metabolica;
- pacchetto salute;
- procreazione medicalmente assistita;
- Servizio Monitor Salute;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza.

**Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:**

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- c) Servizio Sanitario Nazionale

**Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.**

### 2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei pensionati delle aziende che applicano il CCNL Utilitalia (già Federambiente) e il CCNL FISE/Assoambiente, già precedentemente iscritti e in copertura attraverso Fondo Fasda, la cui copertura è scaduta successivamente al 31/12/2016 e che nell'annualità 2017 siano stati in copertura per almeno un trimestre.

**La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico del pensionato, al coniuge o al convivente "more uxorio" e ai figli tutti risultanti dallo stato di famiglia.**

### 3. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO IN ALLEGATO) E PARTO E ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

#### 3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO IN ALLEGATO)

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

##### a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.**

---

**La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.**

**b) Intervento chirurgico**

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (**risultante dal referto operatorio**); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

**c) Assistenza medica, medicinali, cure**

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

**d) Rette di degenza**

**Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.**

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € **400,00 al giorno**.

**e) Accompagnatore**

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € **60,00 al giorno per un massimo di 40 giorni per ricovero**.

**f) Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € **70,00 al giorno per un massimo di 40 giorni per ricovero**.

**La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.**

**g) Post ricovero**

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (**queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura**), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**), effettuati nei **100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero**. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

### **3.2 TRASPORTO SANITARIO**

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, **con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 2.000,00 per ricovero**.

### **3.3 TRAPIANTI**

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese **previste ai punti 3.1 "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da elenco in allegato)" e 3.2 "Trasporto sanitario per intervento chirurgico (come da elenco in allegato)" con i relativi limiti in essi indicati**, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

### **3.4 PANCOLONSCOPIA E ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA OPERATIVE**

Nel caso di Pancolonscopia ed Esofagogastroduodenoscopia operativa, la Società provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da elenco in allegato)", con i relativi limiti in essi indicati. La garanzia è prestata fino ad un limite massimo di € 2.000,00 per persona.**

### **3.5 INTERVENTI PER LA CORREZIONE DEI DIFETTI VISIVI**

La società provvede al pagamento delle spese per gli interventi di chirurgia refrattiva, nonché i trattamenti con laser ad eccimeri qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.

La presente copertura è operante esclusivamente per gli Assicurati con età compresa tra i 25 anni compiuti e i 40 anni compiuti.

**Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 500,00 per occhio.**

### 3.6 NEONATI

La Società provvede al pagamento delle spese per interventi effettuati **nel primo anno di vita del neonato** per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di **€ 13.000,00**.

### 3.7 PARTO E ABORTO

#### 3.7.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da elenco in allegato)" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; g) "Post-ricovero", e 3.2 "Trasporto sanitario per intervento chirurgico (come da elenco in allegato)" con il relativo limite in esso indicato.**

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 2.000,00 per anno assicurativo e per persona**, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, **ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario"**.

#### 3.7.2 PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da elenco in allegato)" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da elenco in allegato)", lettera g) "Post-ricovero", e 3.2 "Trasporto sanitario per intervento chirurgico (come da elenco in allegato)" con il relativo limite in esso indicato.**

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 2.000,00 per anno assicurativo e per persona**, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, **ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario"**.

### 3.8 MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

#### a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

**punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da elenco in allegato)":**

- lett. a) "Pre ricovero";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

**punto 3.2 "Trasporto sanitario per intervento chirurgico (come da elenco in allegato)";**

**che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:**

**punto 3.4 "Pancoloscopia e esofagogastroduodenoscopia operative";**

**punto 3.5 "Interventi per la correzione dei difetti visivi";**

**punto 3.6 "Neonati";**

**punto 3.7 "Parto e aborto";**

**punto 3.10 "Ospedalizzazione domiciliare"**

**che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.**

#### b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato **in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la società**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato **nel limite di un massimale pari ad € 12.000,00 per intervento**, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, **ad eccezione delle seguenti:**

**punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da elenco in allegato)":**

- 
- lett. d) “Retta di degenza”;
  - lett. e) “Accompagnatore”;
  - lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;
- punto 3.2 “Trasporto sanitario per intervento chirurgico (come da elenco in allegato)”;
- punto 3.4 “Pancolonscopia e esofagogastroduodenoscopia operative”;
- punto 3.5 “Interventi per la correzione dei difetti visivi”;
- punto 3.6 “Neonati”;
- punto 3.7 “Parto e Aborto”
- che vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

#### **c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.9 “Indennità sostitutiva”.

Qualora l’Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall’Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l’indennità sostitutiva”.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell’Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”.

### **3.9 INDENNITA’ SOSTITUTIVA**

L’Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un’indennità di € 140,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 150 giorni per ogni ricovero.

### **3.10 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE**

La Società, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile a termini di polizza, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l’Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 10.000,00 per persona.

### **3.11 MASSIMALE ASSICURATO ANNUO**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 120.000,00 per persona.

## **4. PRESTAZIONI E ACCERTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

#### **Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)**

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia

- 
- Fistelografia
  - Flebografia
  - Fluorangiografia
  - Galattografia
  - Isterosalpingografia
  - Mielografia
  - Retinografia
  - Rx anca
  - Rx Colonna Vertebrale
  - Rx esofago con mezzo di contrasto
  - Rx ginocchio;
  - Rx piede;
  - Rx spalla;
  - Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
  - Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
  - Rx torace;
  - Scialografia
  - Splenoportografia
  - Urea Breath test per la ricerca di HP
  - Urografia
  - Vesciculodeferentografia
  - Videoangiografia
  - Wirsunggrafia

#### **Accertamenti**

- Ecocardiografia
- Ecografie
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Polisonnografia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Holter pressorio
- MOC
- Amniocentesi per donne > 35 anni
- Prelievo dei villi corali
- Esofagogastroduodenoscopia diagnostica
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica
- Cistoscopia diagnostica

#### **Terapie**

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia

**Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.**

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

---

**Solo nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società**, nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

**Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, la Società rimborsa integralmente i **ticket sanitari a carico dell'Assicurato**.

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 per persona.**

## **5. VISITE SPECIALISTICHE E ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE**

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche **conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche**. Rientra in garanzia **esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia**. Rientrano inoltre in garanzia le visite mediche effettuate da osteopata o fisiatra. Rientra inoltre in garanzia la spirometria.

**Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.**

**I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.**

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

**Solo nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società**, nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

**Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, la Società rimborsa integralmente i **tickets sanitari a carico dell'Assicurato**.

La Società provvede inoltre al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Per l'attivazione della garanzia è necessaria **una prescrizione medica**.

- Visita specialistica dermatologica;
- Mappatura nei;
- Epiluminescenza.

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.200,00 per persona.**

## **6. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO**

La Società provvede al rimborso integrale dei ticket sanitari per visite specialistiche e accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

La Società provvede anche al rimborso dei ticket di Pronto Soccorso.

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 800,00 per persona.**

## **7. PACCHETTO MATERNITÀ**

Sono comprese nella garanzia:

- 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n.6 per gravidanza a rischio);
- le ecografie;
- le analisi clinico chimiche;
- amniocentesi e villocentesi: **per le donne di età  $\geq$  35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età  $<$ 35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di 2° grado o nel caso di patologie sospette.**

---

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

**Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società** le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

**Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.**

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.200,00 per persona.**

## **8. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI**

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici **a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.**

**Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia, shiatsu.**

**Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.**

È prevista l'agopuntura effettuata da medico anche a fini antalgici per le seguenti patologie:

- emicrania;
- lombalgia;
- artrosi ginocchio.

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

**Solo nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società**, nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

**Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.**

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 400,00 per persona.**

## **9. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI**

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.** Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Società.

**Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.**

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 30% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

## 10. IMPLANTOLOGIA

Viene previsto un **massimale di € 1.500,00** per prestazioni di implantologia dentale in un anno assicurativo.

### Si specifica che:

- **La presente garanzia è immediatamente operante per i Pensionati Titolari, senza applicazione di alcuna carenza;**
- **Per quanto riguarda i nuclei famigliari, la presente garanzia si intende invece operante, e quindi fruibile, solo a partire dal secondo anno di copertura assicurativa continuativa;**
- le prestazioni sono erogabili **solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società;**
- le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate, **nella misura del 70%**, direttamente dalla Società alle strutture medesime;
- ai fini liquidativi **dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.**

### 10.1 APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI

La garanzia opera nel caso di applicazione di tre o più impianti **previsti dal medesimo piano di cura.**

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 3 o più impianti.

**Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.**

### 10.2 APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

Viene previsto un **sotto massimale** annuo di **€ 500,00** nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 2 impianti.

→ **Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.**

Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto 10.3 "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del **sotto massimale di € 500,00** previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

### 10.3 APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Viene previsto un **sotto massimale** annuo di **€ 300,00** nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi all'impianto.

→ **Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.**

## 11. AVULSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 4 DENTI (Solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia)

La garanzia opera nel caso di avulsione **fino ad un massimo di 4 denti l'anno.**

### Si specifica che:

- **La presente garanzia è immediatamente operante per i Pensionati Titolari, senza applicazione di alcuna carenza;**

- 
- **Per quanto riguarda i nuclei familiari, la presente garanzia si intende invece operante, e quindi fruibile, solo a partire dal secondo anno di copertura assicurativa continuativa;**
  - le prestazioni sono erogabili **solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società;**
  - le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime **senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto;**
  - Ai fini liquidativi **dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.**
- ➔ **Qualora il numero complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il numero sopra indicato, il relativo costo dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.**

## 12. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sotto indicate.

**La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:**

- **radiografie e referti radiologici;**
- **referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.**

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società,** le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

**Solo nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società,** nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

**Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale,** la Società **rimborso integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.**

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per persona.**

## 13. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società liquida le spese sostenute per gli **interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale** anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi **conseguenti alle seguenti patologie:**

- **adamantinoma**
- **ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare**
- **cisti follicolari**
- **cisti radicolari**
- **odontoma**
- **osteiti che coinvolgono almeno un terzo dell'osso mascellare (se localizzate nell'arcata superiore) o mandibolare (se localizzate nell'arcata inferiore)**

**Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.**

**La documentazione sanitaria necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:**

- **radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;**
- **radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.**

**Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di € 2.300,00 per persona.**

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società,** le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

---

**Solo nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società**, nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

**Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, la Società **rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato**.

#### **14. CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE ODONTOIATRICHE DIVERSE DA PROTESI E ORTODONZIA**

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia.

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno **scoperto del 10% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura**.

**Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un **minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura**.

**Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate**, la Società **rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico**.

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 100,00 per persona.**

#### **15. LENTI E OCCHIALI**

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura.

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute con l'applicazione di una **franchigia di €. 50,00 per fattura**.

**Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.**

**Il massimale assicurato per ogni biennio per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 100,00 per persona.**

#### **16. VACCINI PER HERPES ZOSTER E MENINGOCOCCO**

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per i seguenti vaccini:

- **vaccino per Herpes Zoster per i soggetti cronici debilitati;**
- **vaccino per Meningococco.**

Per l'attivazione della garanzia l'Assicurato dovrà inoltrare copia della ricevuta fiscale e/o del ticket, accompagnati dalla prescrizione medica.

**Ogni rimborso verrà effettuato nel limite massimo di €30,00 per singolo vaccino.**

#### **17. DIAGNOSI COMPARATIVA**

La Società dà la possibilità all'Assicurato di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde dedicato della Centrale Operativa UniSalute l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

La Società mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

1. **Consulenza Internazionale.** UniSalute rilascerà all'Assicurato un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.

2. **Trova Il Medico.** UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Assicurato con **un massimo di tre specialisti** scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.
3. **Trova la Miglior Cura.** Qualora l'Assicurato intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Assicurato laddove necessario. **Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi.** L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Assicurato di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è **fornito esclusivamente per le seguenti patologie:**

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
  
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà **contattare UniSalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Società la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa.** Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società, con **costi a proprio carico**, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella **specifica patologia.**

## 18. SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà **compilare il questionario** raggiungibile cliccando su [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) e "confermare il suo invio" alla Società.

La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password

La Società fornirà all'assicurato, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

La Società comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato dalla Società (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

**Solo nel caso in cui l'assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata",** poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da **effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

---

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

**La presente garanzia verrà prestata fino alla scadenza della polizza, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito Unisalute.**

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari **potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale.** Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente polizza, all'Assicurato verrà fornito un **servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con la Società a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.**

## 19. PACCHETTO SALUTE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta l'anno dal titolare in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.** Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

**Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.**

### **Prestazione previste per gli uomini e le donne:**

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Visita specialistica cardiologica con elettrocardiogramma di base (ECG)

### **Prestazione previste per le donne e gli uomini a partire dal compimento dei 30 anni:**

- ecocolordoppler arterioso e venoso arti inferiori

### **Prestazione previste per gli uomini a partire dal compimento dei 45 anni:**

- PSA (Specifico antigene prostatico)
- PSA Free

### **Prestazione previste per gli uomini a partire dal compimento dei 50 anni:**

- Visita urologica

### **Prestazione previste per le donne a partire dal compimento dei 24 anni:**

- Visita ginecologica
- Pap test

### **Prestazione previste per le donne a partire dal compimento dei 40 anni:**

- Mammografia con prescrizione
- Visita senologica

## 20. PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

---

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 6, la Società rimborsa all'Assicurata le spese extra-ospedaliere sostenute per procreazione medico assistita.

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

**Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, la Società **rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato**.

**La garanzia è operante per le sole dipendenti donne.**

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 1.000,00 per persona.**

## **21. SERVIZIO MONITOR SALUTE**

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

Si tratta di un servizio di monitoraggio delle seguenti patologie croniche:

- Patologie croniche respiratorie (asma bronchiale e BPCO);
- ipertensione;
- diabete tipo 2;

e rivolto agli Assicurati con età maggiore o uguale a 40 anni. Per attivare il Servizio, l'Assicurato dovrà compilare il "Questionario Monitor Salute" presente sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it), reperibile nell'Area Riservata alla quale ogni Assicurato può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L'Assicurato compilerà il Questionario seguendo le indicazioni fornite e al termine dello stesso dovrà: inviare documentazione medica attestante la patologia cronica, sottoscrivere e inviare l'adesione al servizio e il consenso al trattamento dei dati personali.

In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'Assicurato al fine di concludere la procedura di compilazione.

Nel caso in cui l'Assicurato presenti i requisiti clinici prestabiliti per entrare in un programma di telemonitoraggio, SiSalute potrà provvedere all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Assicurato.

Unisalute, attraverso il proprio personale qualificato, provvederà monitorare a distanza la patologia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Assicurato, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Assicurato avrà inoltre a disposizione un **massimale aggiuntivo** per **accertamenti diagnostici** inerenti la sua condizione di cronicità, tali prestazioni potranno essere eseguite presso le strutture convenzionate con UniSalute di cui all'Art.21.1 "Accertamenti diagnostici per patologie croniche".

**L'Assicurato idoneo avrà a disposizione 2 numeri telefonici:**

- **Per necessità di informazioni o di un confronto sui valori registrati**
- **Per segnalare anomalie nel funzionamento dei dispositivi o del telefono**

La presente garanzia è prestata per l'intera annualità assicurativa sempre che l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

### **21.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE**

Per gli Assicurati affetti dalle patologie croniche secondo i parametri indicati nell'Art.21" Servizio Monitor Salute", la Società provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Assicurati, con le modalità sotto indicate.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 200,00 per persona.

## 22. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora per una delle prestazioni appartenenti a una delle garanzie sopra indicate non sia attivabile la copertura nel piano sanitario per esaurimento del massimale o prestazione inferiore alla franchigia e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

## 23. SERVIZI DI CONSULENZA

### In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde dedicato dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

In Centrale Operativa è inoltre sempre presente, anche di notte e nei giorni festivi, almeno un medico pronto a fornire consulenze telefoniche urgenti agli Assicurati i quali ne abbiano necessità.

### a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

### b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle **prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate** con la Società.

### c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

## B - LIMITAZIONI

### B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

### B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

#### L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per gli interventi di correzione dei vizi di rifrazione, come previsto dalla garanzia di cui all'art. 3.5 "Interventi per la correzione dei difetti visivi";
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo le garanzie a carattere odontoiatrico espressamente previste in copertura;

- 
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, compresi nell'elenco degli Interventi Chirurgici, resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto e salvo gli interventi di chirurgia plastica eseguiti sui neonati come previsto all'art. 3.6);
  5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
  6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
  7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per 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 o fisioterapico di mantenimento.
  8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
  9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
  10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
  11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
  12. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
  13. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
  14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
  15. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

**Limitatamente alle garanzie a carattere odontoiatrico espressamente previste in copertura, l'assicurazione non è operante per:**

- protesi estetiche;
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

### **B.3 LIMITI DI ETÀ**

**L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 79° anno di età del titolare, cessando automaticamente** alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 80° anno d'età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare. Qualora, invece, un **componente del nucleo familiare raggiunga il 80° anno di età, l'assicurazione cesserà** alla prima scadenza annua **limitatamente a questo Assicurato.**

---

## ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

### NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale (Contiene anche: Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali per via endocranica; Craniotomia per ematoma extradurale; Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali; Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo; Epilessia focale, intervento per; Tumori della base cranica, intervento per via transorale; Talamotomia pallidotomia ed altri interventi similari; Malformazione aneurismatica o angiomatosa intracranica, terapia chirurgica diretta.)
- Interventi di cranioplastica (Contiene anche: Cranioplastica; Craniostenosi.)
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale (Contiene anche: Ipofisi, intervento per neoplasie per via transfenoidale)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/ o extramidollari) (Contiene: Tumori intramidollari, extramidollari, intradurali, intervento di lami-nectomia per)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale
- Trapanazione cranica per PIC e/o drenaggio ventricolare
- Ernia del disco dorsale, intervento per via trans-toracica
- Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- Deviazione liquorale diretta e indiretta, intervento di
- Traumi vertebro-midollari, intervento per via anteriore o posteriore
- Cerniera atlanto occipitale, intervento per malformazioni
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi
- Ascesso o ematoma intracranico, intervento per
- Mielomeningocele, intervento per
- Encefalomeningocele, intervento per
- Fistole artero-venose terapia chirurgica diretta
- Malformazioni e/o fistole vascolari cerebrali, embolizzazione e/o Gamma-Knife

### OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare (Contiene anche: Enucleazione globo oculare con impianto di protesi)
- Intervento di enucleazione del globo oculare (Contiene anche: Enucleazione globo oculare con impianto di protesi)
- Trapianto corneale a tutto spessore

### OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale (Contiene anche: Labbro e guancia, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento della loggia sottomascellare; Lingua e pavimento orale, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale)
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale) (Contiene anche: Laringectomia totale o parziale con o senza svuotamento laterocervicale monolaterale; Laringectomia totale o parziale con svuotamento laterocervicale bilaterale; Laringofaringectomia totale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico (Contiene anche: Neurinoma dell'ottavo paio di nervi cranici)
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Atresia auris congenita
- Tumori maligni dell'orecchio, asportazione di
- Mastoidectomia radicale
- Otosclerosi, intervento completo

---

## CHIRURGIA GENERALE

- Intervento per ernia femorale

## CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale (Contiene anche: Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale; Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale)
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Fistole e cisti congenite del collo, asportazione di
- Fistola esofago-tracheale, intervento per
- Paratiroidectomia totale
- Tiroidectomia parziale solo per patologia neoplastica maligna
- Linfadenectomia monolaterale e/o bilaterale (come unico intervento)
- Tracheostomia con tracheotomia

## CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici (Contiene anche: Pleuro-pneumectomia, intervento di; Pleurectomia per neoplasia maligna della pleura; Trachea, resezione e plastica per neoplasie maligne)
- Interventi per fistole bronchiali (Contiene anche: Fistole esofago-bronchiali, intervento per; Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi, intervento per)
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale (Contiene anche: Resezione segmentaria polmonare tipica; Resezione segmentaria polmonare atipica; Lobectomia, intervento di; Pneumectomia, intervento di)
- Interventi per cisti o tumori del mediastino (Contiene anche: Mediastino, interventi per tumori e cisti del; Linfadenectomia mediastinica)
- Cisti polmonari, asportazione di
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Timectomia

## CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica (Contiene anche: By-pass aorto-coronarico singolo; Sezione e legatura del dotto arterioso di Botallo; Pericardiectomia)
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)
- Correzione chirurgica malformazioni congenite cardiache e dei grossi vasi
- Cardiochirurgia in C.E.C.
- Aneurismi aorta toracica e/o addominale, interventi per
- Aneurismi arterie viscerali e tronchi sovraortici, interventi per
- Aneurismi aorta addominale e tronchi sovraortici, intervento con posizionamento endovascolare di protesi
- By-pass aorto-iliaco o aorto-femorale, femoro-tibiale, femoro-femorale, femoro-popliteo, axillo-femorale
- By-pass aorto-renale o aorto-mesenterico con eventuale TEA
- By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio
- Tromboendarterectomia di carotide e vasi epiaortici (by-pass, patch, embolectomia, trapianto)
- Rivascolarizzazione miocardica, qualsiasi metodica
- Angioplastica coronarica percutanea con eventuale applicazione di stents
- Sostituzione valvolare singola
- Sostituzione valvolare multipla

- Valvuloplastica cardiocirurgica
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Difetto interatriale, correzione percutanea
- Ablazione transcateretere vie elettriche anomale (CARTO)

#### **CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE**

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago (Contiene anche: Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, con linfadenectomia; Esofago cervicale, resezione con esofagostomia; Esofago, resezione parziale con esofagostomia; Esofago-gastrectomia totale per via toracolaparotomica ed eventuale linfadenectomia)
- Interventi con esofagoplastica (Contiene anche: Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, con linfadenectomia; Esofagogastropastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonoplastica, sostitutiva o palliativa)
- Intervento per mega-esofago (Contiene anche: Megaesofago, intervento per; Megaesofago, reintervento per)
- Resezione gastrica totale (Contiene anche: Esofago-gastrectomia totale per via toracolaparotomica ed eventuale linfadenectomia; Gastrectomia totale con linfadenectomia)
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia) (Contiene anche: Colectomie totali con eventuale stomia; Emicolectomia dx; Emicolectomia sx ed eventuale colostomia (Hartmann e altre); Procto-colectomia totale; Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale stomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano (Contiene anche: Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano con linfadenectomia inguinale bilaterale; Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo)
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale (Contiene anche: Megacolon, intervento per; Megacolon, colostomia per)
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale (Contiene anche: Tumore retroperitoneale, exeresi di)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatici
- Resezioni epatiche (Contiene anche: Resezioni epatiche maggiori; Resezioni epatiche minori)
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale (Contiene anche: Varici esofagee, intervento transtoracico o addominale; Anastomosi porto-cava o spleno-renale mesenterica-cava)
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica (Contiene anche: Pancreatite acuta, intervento demolitivo)
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche (Contiene anche: Cefaloduodenopancreasectomia compresa eventuale linfadenectomia; Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per; Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia)
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Splenectomia totale (Contiene anche: Splenectomia)
- Diverticoli nell'esofago cervicale, intervento per
- Dumping syndrome, interventi di riconversione per
- Resezione gastroduodenale
- Resezione gastroduodenale per UPPO
- Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
- Morbo di Crohn, resezione intestinale per
- By-pass gastrointestinali e intestinali per patologie maligne
- By-pass intestinali per il trattamento dell'obesità patologica
- Colectomia segmentaria con eventuale stomia
- Reinterventi addominali, di qualunque tipo, per ripetizioni di neoplasie comprese nel presente elenco
- preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità
- Atresia dell'ano: abbassamento addomino-perineale
- Occlusione intestinale del neonato (qualunque tipo di intervento)
- Pilo, stenosi congenita del
- Omentectomia per neoplasie maligne

- Deconnessione azygos-portale per via addominale
- Accessi epatici, cisti epatiche di qualsiasi natura, angiomi cavernosi, intervento chirurgico per
- Colecistostomia per neoplasie non resecabili
- Derivazione pancreatico-Wirsung digestive
- Pancreatectomia totale con eventuale linfadenectomia
- Pancreasectomia sinistra senza splenectomia
- Interventi per fistole pancreatiche conseguenti ad altri interventi

#### **UROLOGIA**

- Nefroureterectomia radicale (Contiene anche: Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di; Nefroureterectomia radicale più trattamento trombo-cavale ed eventuale surrenectomia; Tumore di Wilms, asportazione)
- Surrenalectomia (Contiene anche: Surrenectomia)
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia (Contiene anche: Neovesica continente ortotopica)
- Cistoprostatovescicolectomia (Contiene anche: Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia)
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Terapia della calcolosi urinaria
- Tumori renali, nefrectomia allargata, con e senza surrenectomia
- Ureteroileoanastomosi mono-bilaterale
- Ureteroenteroplastiche con tasche continenti, mono-bilaterale, intervento di
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovesica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia o uretero-rocuteostomia
- Estrofi a vescicale (trattamento completo)
- Prostatectomia radicale con linfadenectomie
- Ipospadi e epispadi, trattamento completo con plastica
- Pene, amputazione totale con linfadenectomia
- Pene, amputazione totale con creazione di neovagina
- Orchietomia mono-bilaterale

#### **GINECOLOGIA**

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia e Isterectomia radicale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica (Contiene anche: Vulvectomia allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di)
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Eviscerazione pelvica
- - D13 Localizzazioni endometrioidiche addomino-pelviche-annessiali, intervento chirurgico demolitivo mono-bilaterale per via laparotomica
- Aplasia della vagina, ricostruzione per
- Annessiectomia bilaterale

#### **MAMMELLA**

- Quadrantectomia con biopsia del linfonodo sentinella ed eventuale svuotamento cavo ascellare nello stesso ricovero
- Ricostruzione mammaria postmastectomia radicale o semplice per cancro, comprensivo di protesi
- Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
- Mastectomia semplice totale con eventuali linfadenectomie

---

## **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

- Interventi per costola cervicale (Contiene anche: Artrodesi vertebrale)
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei (Contiene anche: Coste e sterno, interventi per neoplasie maligne)
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio (Contiene anche: Artroprotesi anca, totale; Artroprotesi spalla, totale; Artroprotesi ginocchio; Artroprotesi gomito, totale)
- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Riduzione cruenta di lussazione dell'anca
- Artroprotesi totale di polso
- Artroprotesi totale di caviglia
- Scoliosi, intervento per
- Tumori ossei e forme pseudotumorali grandi segmenti o articolazioni, asportazione di
- Tumori ossei e forme pseudotumorali della colonna vertebrale, asportazione di
- Metastasi ossee, svuotamento ed armatura con sintesi e cemento
- Emipelvectomy interna con salvataggio dell'arto
- Amputazione di grandi segmenti di arti
- Pott, intervento focale con o senza artrodesi vertebrale
- Reimpianti di arto o suo segmento, escluso dita
- Asportazione di neoplasie maligne dei muscoli
- Frattura piatto tibiale, osteosintesi con placca
- Frattura del bacino: intervento chirurgico di osteosintesi

## **CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in copertura solo in caso di neonati iscritti dal momento della nascita)**

- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite (Contiene anche: Atresia esofagea, trattamento completo)
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

## **TRAPIANTI DI ORGANO**

- Tutti (Contiene anche: Trapianto di cuore, polmoni, fegato, pancreas, grandi segmenti addominali, reni)
- Trapianto di midollo osseo (compreso autotrapianto)
- Omotrapianto ed autotrapianto di cellule staminali per affezioni ematologiche
- Prelievo organi per omotrapianto
- Prelievo midollo osseo per omotrapianto

## **ORO - MAXILLO - FACCIALE**

- Massiccio facciale, intervento demolitivo per neoplasie maligne con svuotamento dell'orbita
- Lingua, pavimento orale, ghiandole sottomascellari, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale
- Mandibola, resezione per neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Mascellare superiore, resezione per neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Parotidectomia totale
- Tumori misti ghiandole salivari, asportazione completa della ghiandola
- Maxillo-facciale, interventi di ricostruzione conseguenti a traumi (con esclusione fratture ossa nasali)
- Labiopalatoschisi, intervento correttivo

---

#### **GRANDI USTIONI E APPARATO TEGUMENTARIO**

- Grandi ustioni - trattamento chirurgico per
- Osteo-odontocheratoprotesi (per tutte le fasi)
- Melanoma cutaneo: allargamento chirurgico con biopsia del linfonodo sentinella contestuale ed eventuale svuotamento linfonodale.