

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza, riservata ai clienti del Banco BPM S.p.A., che garantisce, a seconda della formula assicurativa prescelta, il rimborso per le spese mediche Ospedaliere ed Extra-ospedaliere, le prestazioni odontoiatriche ed un rimborso spese forfettario in caso di LTC (garanzia di non autosufficienza) a seguito di Infortunio o Malattia.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede diverse Formule Assicurative, acquistabili a seconda dell'età degli Assicurati e delle loro esigenze di protezione:

Formula Young che prevede le seguenti garanzie:

- Garanzia Ospedaliere
 - ✓ indennità giornaliera da ricovero da infortunio o malattia;
- Garanzie Extra-ospedaliere
 - ✓ indennità da ingessatura da infortunio;
 - ✓ rimborso ticket SSN a seguito infortunio o malattia,
 - ✓ rimborso prestazioni odontoiatriche da infortunio;
 - ✓ rimborso trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio.

Formula Smart, More, Extra e Plus che prevedono le seguenti garanzie da infortunio o malattia:

- Garanzie Ospedaliere
 - ✓ indennità da intervento chirurgico;
 - ✓ indennità giornaliera da ricovero senza intervento chirurgico;
- Garanzie Extra-Ospedaliere
 - ✓ rimborso spese mediche per Alta Specializzazione (angiografia, coronografia, diagnostica radiologica con mezzo di contrasto endovenoso, ECG da sforzo, ecocardiografia, ecocolordoppler, ecografia transviscerale, transesofagea, intravascolare e endocavitaria, esami endoscopici a scopo diagnostico, medicina nucleare diagnostica con utilizzo di radioisotopi per endovenosa, RMN, TAC) e Visite Specialistiche;
 - ✓ rimborso di determinate spese odontoiatriche (per le sole Formule More, Extra e Plus).

E' possibile inoltre acquistare, in aggiunta a quanto sopra, la garanzia LTC (garanzia di non autosufficienza) per gli Assicurati di età di ingresso superiore a 20 compiuti e inferiore a 64 anni compiuti (fatta eccezione per gli Assicurati che scelgano la Formula Young).

Tutte le formule sopra indicate prevedono la possibilità per il Contraente di accedere al Network Convenzionato di Blue Assistance garantendo agli Assicurati delle tariffe agevolate per le prestazioni odontoiatriche (siano esse garantite nella Formula prescelta o meno).

I massimali e l'ampiezza delle garanzie prestate variano in base alla formula assicurativa prescelta.



Che cosa non è assicurato?

La persona affetta da:

- ✗ alcolismo;
- ✗ tossicodipendenza;
- ✗ sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- ✗ sieropositività da HIV.

La persona:

- ✗ non appartenente al nucleo familiare del Contraente;
- ✗ non residente nel territorio della Repubblica Italiana;
- ✗ di età di ingresso inferiore a un anno e superiore a 64 anni, per le Garanzie Ospedaliere ed Extra-Ospedaliere per tutte le Formule ad eccezione della Formula Young;
- ✗ di età di ingresso inferiore a un anno e superiore a 34 anni, relativamente alla Formula Young
- ✗ di età di ingresso inferiore a 20 anni e superiore a 64 anni per la Garanzia LTC.



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'Assicurazione principalmente:

- ! le complicanze, le conseguenze dirette ed indirette di stati invalidanti e malattie in genere già conosciute, diagnosticate o curate alla data di decorrenza della polizza;
- ! gli infortuni occorsi prima della decorrenza della polizza, nonché le loro complicanze dirette e indirette e i relativi postumi;
- ! le spese non dipendenti da malattia e infortuni (quali quelle relative a prestazioni di routine e/o controllo);
- ! gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o comunque remunerato;
- ! gli infortuni derivanti dalla pratica di determinati sport (quali, a puro titolo esemplificativo, rugby, football americano, pugilato, lotta in tutte le sue forme, immersioni, sport aerei);
- ! ogni prestazione medica, chirurgica o applicazione di carattere estetico;
- ! le protesi e presidi ortopedici ed acustici;
- ! lenti ed occhiali;

L'assicurazione prevede periodi di carenza, ovvero periodi di tempo immediatamente successivi alla data di stipulazione, durante i quali le prestazioni/garanzie non sono efficaci o sono ridotte. Tali periodi di carenza sono diversi a seconda della garanzia e della prestazione.

L'assicurazione prevede franchigie e scoperti diversi a seconda della garanzia e della Formula assicurativa prescelta.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida per sinistri e prestazioni effettuate in tutto il mondo.
- ✓ Sono escluse le prestazioni odontoiatriche effettuate all'estero.



Che obblighi ho?

- **All'inizio del contratto:**
Per tutte le garanzie assicurative prescelte deve essere compilato e sottoscritto un Questionario medico da parte di ogni Assicurato, con la descrizione del proprio stato di salute. Tale Questionario fa parte integrante della polizza. L'Assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute, e di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
- **Nel corso della durata del contratto:**
L'Assicurato deve comunicare i cambiamenti che comportino un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato.
- **In caso di sinistro l'Assicurato:**
 - deve darne avviso scritto alla Struttura Operativa quando ne ha avuto conoscenza, e comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità; è sollevato da tale obbligo se si è avvalso delle strutture sanitarie e di medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Struttura Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro;
 - deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della polizza;
 - deve fornire la documentazione medica sulla natura della patologia che ha dato luogo alla prestazione con la data di insorgenza della malattia o la data dell'infortunio o esiti di esami strumentali o altra documentazione medica utile a determinarne la comparsa;
 - deve consentire le indagini e gli acceramenti necessari nonché, su richiesta dell'Impresa di Assicurazione, sottoporsi a eventuali accertamenti e controlli medici disposti dai suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso cui è stato ricoverato o curato ambulatorialmente;
 - in caso di prestazione odontoiatriche prevista dalla Formula prescelta, in occasione della prima richiesta di rimborso deve inviare alla Struttura Operativa la Scheda Anamnestica circa lo stato della bocca compilata dal medico odontoiatra, insieme alla documentazione di spesa e al modulo di rimborso, a meno che sia stato fornito alla Struttura Operativa insieme al piano di trattamento dal medico odontoiatra convenzionato in caso di forma di rimborso diretta.



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio per la stipula o il rinnovo della presente assicurazione avviene con periodicità annuale. Il frazionamento del premio annuo può essere pattuito, su richiesta del Contraente, in rate mensili.

Il pagamento deve essere effettuato con procedura di addebito in conto corrente intestato al Contraente presso Banco BPM S.p.A., a favore dell'Impresa di Assicurazione; ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento del premio, farà fede la documentazione contabile della Banca stessa.

Nel caso in cui il Contraente proceda alla chiusura del rapporto di conto corrente presso la Banca durante la validità dell'Assicurazione, lo stesso dovrà provvedere all'immediato pagamento delle eventuali rate successive relative all'annualità assicurativa in corso e il contratto si risolverà alla prima scadenza annuale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, e scade alle ore 24 del giorno indicato in polizza.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno. In occasione di ogni scadenza annuale, il premio di rinnovo potrà essere modificato dall'Impresa di Assicurazione, ferme le Condizioni di Assicurazione, fatta salva la facoltà di disdetta.

Le coperture assicurative in ogni caso cessano:

- per le Garanzie Ospedaliere, Extra-Ospedaliere e LTC (garanzia di non autosufficienza) delle Formule Smart, More, Extra e Plus al compimento del 74° anno di età;
- per le Garanzie Ospedaliere ed Extra-Ospedaliere della Formula Young al compimento del 35° anno di età.



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può disdire la polizza mediante comunicazione, a mezzo lettera raccomandata, almeno 15 giorni prima della scadenza del contratto; è data altresì facoltà al Contraente di procedere alla disdetta del contratto recandosi presso la Filiale di Banco BPM S.p.A. fino a 5 giorni prima della scadenza annuale.

Polizza Salute Advance

Contratto di Assicurazione per la copertura delle
Garanzie Ospedaliere – Garanzie extra Ospedaliere –
Prestazioni Odontoiatriche – LTC

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- Nota Informativa, comprensiva di Glossario
- Condizioni di Assicurazione

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE
PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO

ADV

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE
ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

Vera Assicurazioni S.p.A.
Gruppo Cattolica Assicurazioni

NOTA INFORMATIVA

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Informiamo che nel sito www.veraassicurazioni.it è possibile accedere all'Area Clienti selezionando l'apposito link presente in home page: dopo la registrazione l'utente riceverà la password al suo indirizzo di posta elettronica.

INFORMAZIONI SULLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali

Vera Assicurazioni S.p.A. è una Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni - Sede legale in Italia - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - recapito telefonico 045.8392777 - sito internet www.veraassicurazioni.it.

Indirizzi di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: info@veraassicurazioni.it
- per informazioni relative a liquidazioni: sinistrire@veraassicurazioni.it.

Vera Assicurazioni è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 - Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019..

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Dall'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Vera Assicurazioni S.p.A. è pari a Euro 98.421.227 di cui Euro 63.500.000,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 3.036.711,00 di Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio della Impresa stessa è pari al 372%.

L'**indice** di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 1312%.

Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento "SFCR" (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizioni Finanziaria) pubblicato sul sito dell'Impresa di Assicurazione.

INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: Il contratto offerto è stipulato con tacito rinnovo; in mancanza di disdetta formalizzata dall'Assicurato alla Società, rispettando i termini sotto riportati, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata dalle Parti a mezzo lettera raccomandata, almeno 15 giorni prima della scadenza del contratto; è data altresì facoltà al Contraente di procedere alla disdetta del contratto recandosi presso la Banca fino a 5 giorni prima della scadenza annuale.

Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art.11 – Durata e Proroga dell'Assicurazione delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Nel corso della durata contrattuale, la Società garantisce una o più delle seguenti coperture assicurative, a seconda della formula assicurativa prescelta ed indicata nella Polizza:

- Garanzie Ospedaliere
- Garanzie Extra-ospedaliere

- c) Prestazioni Odontoiatriche
- d) LTC (Garanzia di non Autosufficienza)

AVVERTENZA: il contratto prevede periodi di carenza, ovvero periodi di tempo immediatamente successivi alla data di stipulazione dell'assicurazione durante i quali le prestazioni/garanzie non sono efficaci o sono ridotte. Tali periodi di carenza sono diversi a seconda della garanzia. Per aspetti di maggior dettaglio, si rinvia agli Art.13 – Carenza e Art.32 - Carenza e percentuali di rimborso progressive.

AVVERTENZA: Il contratto prevede limiti di età per l'entrata in copertura delle persone ed un limite massimo di età assicurabile, a seconda delle garanzie e della Formula prescelta dall'Assicurato. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art.6 Limite di età

AVVERTENZA: Il contratto prevede criteri di assicurabilità che, qualora non rispettati, possono portare alla cessazione della copertura assicurativa e, pertanto, alla non risarcibilità di un eventuale sinistro. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art.5 - Persone Assicurate.

a) GARANZIE OSPEDALIERE

Surgical Cash:

In caso di intervento chirurgico (anche in day hospital o ambulatoriale) reso necessario da infortunio o malattia, indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde all'Assicurato l'importo indicato nella "Tabella Indennizzi interventi chirurgici", corrispondente alla classe di intervento chirurgico specificata nell'allegato "Classificazione degli interventi chirurgici in 7 classi", con riferimento alla Formula prescelta dall'Assicurato.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti: Art.21 – Oggetto dell'assicurazione, Art.22 - Classificazione degli interventi chirurgici in 7 classi delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale e all'Allegato "Classificazione interventi chirurgici in 7 classi".

La copertura assicurativa prevede inoltre delle garanzie opzionali, disponibili a seconda della Formula prescelta dall'Assicurato, per "Indennità giornaliera da ricovero senza intervento chirurgico" e "Indennità giornaliera da ricovero con intervento chirurgico". **Per aspetti di maggior dettaglio, si rinvia agli Art.23 - Indennità giornaliera da ricovero senza intervento chirurgico; Art.24 - Indennità giornaliera da ricovero con intervento chirurgico, delle Norme di Assicurazione in generale.**

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di scoperti, massimali ed esclusioni che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Per gli aspetti di maggior dettaglio in riferimento a scoperti e massimali (diversificati a seconda della Formula prescelta dall'Assicurato), si rinvia ai seguenti: Art.8 - Somme assicurate e massimali; Art.20 – Garanzie prestate, operatività massimali, franchigie e scoperti; Art.41 Formule assicurative.

Per gli aspetti di maggior dettaglio in riferimento alle esclusioni, si rinvia all'Art.38 - Esclusioni Contrattuali a valere per tutte le garanzie / prestazioni.

ESEMPIO DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO SURGICAL CASH E GARANZIE OPZIONALI

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento dei limiti d'indennizzo.

Ricovero con intervento chirurgico:

Classe Intervento	Regime SSN o privato	Formula	Indennizzo
Cisti tronco/arti asportazione => classe intervento I	Privato	Smart	€ 100,00=
Bypass aorto coronarico singolo o multiplo => classe intervento VI	Privato	Extra	€ 16.000,00=
Bypass aorto coronarico singolo o multiplo => classe intervento VI	SSN	Extra	€ 8.000,00=
Legamenti articolari ginocchio ricostruzione => classe intervento IV (3gg di ricovero)	SSN	Young	3gg ricovero – 1g di franchigia= 2gg ricovero * € 50,00=> € 100,00= di indennizzo

b) GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

A seconda della Formula assicurativa prescelta dall'Assicurato ed indicata in polizza, la Società, in caso di sinistro indennizzabile ai sensi di polizza, garantisce tutte od in parte, entro il limite massimo indicato nella Formula prescelta, le seguenti prestazioni:

- Indennità da gessatura da infortunio.

Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli Art.25 – Indennità da gessatura da infortunio e Art.41 Formule assicurative.

- Alta Specializzazione

Per aspetti di maggior dettaglio, si rinvia agli Art.26 – Alta Specializzazione e Art.41 Formule assicurative.

- Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici ed Analisi di laboratorio

- a) analisi ed esami diagnostici prescritti dal medico curante
- b) onorari medici per visite specialistiche prescritte dal medico curante

Per gli aspetti di maggior dettaglio, si rinvia agli Art.27 - Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici ed Analisi di laboratorio e Art.41 – Formule Assicurative.

- Ticket SSN – Extra Ospedaliera

Per gli aspetti di maggior dettaglio, si rinvia agli Art.28 – Ticket SSN – Extra Ospedaliera e Art.41 – Formule assicurative.

- Prestazioni Odontoiatriche a seguito di infortunio

Per gli aspetti di maggior dettaglio, si rinvia agli Art.29 – Prestazioni Odontoiatriche a seguito di infortunio e Art.41 – Formule assicurative.

- Trattamenti fisioterapici e riabilitazione da infortunio

Per gli aspetti di maggior dettaglio, si rinvia all'Art.30 – Trattamenti fisioterapici e riabilitazione da infortunio e Art.41 – Formule assicurative.

ESEMPI DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento dell'indennizzo.

Prestazione	Costo prestazione	Struttura / tipo pagamento	Formula	Indennizzo
RMN	€ 200,00=	Privata / Rimborso	Smart	Scop 20% €40,00 (min. € 50,00=) Indennizzo = €200,00 – €50,00 => €150,00
RMN	€200,00=	Network Convenzionato / Pagamento diretto	Smart	Scop 20% €40,00 (min. €25,00) Indennizzo = €200,00 – €40,00 => €160,00
TAC	€ 100,00=	SSN / Ticket	Smart	€ 100,00 (rimborso totale)
Visita specialistica	€ 250,00=	Network Convenzionato / Pagamento diretto	Smart	€ 60,00
Visita specialistica	€ 250,00=	Network Convenzionato / Pagamento diretto	More	Scop 20% € 50,00= (min. € 40,00=) Indennizzo = € 250,00 - € 50,00 => € 200,00
Visita specialistica	€ 350,00=	Privata / rimborso	Plus	Scop 20% € 70,00= (min. €70,00=) Indennizzo = € 350,00 - €70,00 => 280,00=
Visita specialistica	€ 250,00=	Privata / Rimborso	Young	Non indennizzabile (non prevista dalla Formula)
Visita specialistica	€ 60,00=	SSN / Ticket	Young	€60,00
Cure odontoiatriche a seguito infortunio	€500,00	Privata / rimborso	Young	€500,00
Fisioterapia a seguito infortunio	€700,00	Privata / rimborso	Young	€700,00

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di scoperti, massimali, esclusioni e limitazioni contrattuali che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Per gli aspetti di maggior dettaglio in riferimento a scoperti, massimali (diversificati a seconda della Formula prescelta dall'Assicurato) e limitazioni contrattuali, si rinvia ai seguenti: Art.8 - Somme assicurate e massimali; Art.20 – Garanzie prestate, operatività massimali, franchigie e scoperti; Art.41 Formule assicurative.

Per gli aspetti di maggior dettaglio in riferimento alle esclusioni, si rinvia all'Art.38 - Esclusioni Contrattuali a valere per tutte le garanzie / prestazioni.

c) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

La Società garantisce le cure odontoiatriche rese necessarie da malattia o infortunio limitatamente alle prestazioni elencate nel "Tariffario Prestazioni Odontoiatriche", entro i limiti tariffari e nel rispetto dei vincoli temporali e tecnici ivi menzionati, a seconda di quanto indicato nella Formula Assicurativa prescelta.

Le prestazioni sono suddivise in diversi Livelli di Assistenza :

- a) Igiene e prevenzione,
- b) Cure di Primo livello,
- c) Cure di Secondo livello,
- d) Cure di Terzo livello,

e vengono garantite in tutto o in parte a seconda della Formula Assicurativa prescelta e del corrispondente periodo di carenza.

Per gli aspetti di maggior dettaglio, si rinvia agli Art.31 - Oggetto dell'assicurazione, Art.33 – Trattamenti odontoiatrici complessi, Art.41 – Formule assicurative delle Norme Generali di Assicurazioni e all'allegato “Tariffario Prestazioni Odontoiatriche”

ESEMPI DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO DA PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento dell'indennizzo.

Tipo di prestazione	Costo della prestazione	Tempo trascorso dalla sottoscrizione dell'assicurazione	Tipo struttura / pagamento	Formula	Indennizzo
Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici) => Cura di 1° livello	€ 65,00 (costo in convenzione)	2 mesi	Network convenzionato / pagamento diretto	More	Nessuno (per periodo di carenza)
Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici) => Cura di 1° livello	€ 65,00 (costo in convenzione)	5 mesi	Network convenzionato / pagamento diretto	More	50% (per periodo di carenza) => €32,50 di indennizzo
Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici) => Cura di 1° livello	€ 65,00	5 mesi	Struttura non convenzionata / pagamento non diretto	More	€ 58,50 (detratto scoperto 10%) * 50% (per periodo di carenza) => €29,50 di indennizzo
Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici) => Cura di 1° livello	€ 100,00	5 mesi	Struttura non convenzionata / pagamento non diretto	More	Limite € 65,00 => € 58,50 (detratto scoperto 10%) * 50% (per periodo di carenza) => €29,50 di indennizzo
Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici) => Cura di 1° livello	€ 50,00	5 mesi	Struttura non convenzionata / pagamento non diretto	More	€ 45,00 (detratto scoperto 10%) * 50% (per periodo di carenza) => €22,50 di indennizzo
Rizotomia => Cura di 2° livello	€ 70,00	9 mesi	Struttura non convenzionata / pagamento non diretto	More	Nessuno (le Cure di 2° livello non sono comprese nella Formula)
Rizotomia => Cura di 2° livello	€ 150,00	9 mesi	Struttura non convenzionata / pagamento non diretto	Extra	€ 70 (limite da tariffario) => €63,00 (detratto 10% scoperto) * 60%

					(per periodo di carenza) => €37,80 di indennizzo
Rizotomia => Cura di 2° livello	€ 60,00	9 mesi	SSN / Ticket	Extra	No limite => € 60 * 60% (per periodo di carenza) => €36,00 di indennizzo
Implantologia => Impianto => Cura di 3° livello	€1.000,00	7 mesi	Network convenzionato / pagamento diretto	Plus	30% per periodo di carenza => €300,00 di indennizzo
Implantologia => Impianto => Cura di 3° livello	€1.500,00	7 mesi	Struttura non convenzionata / pagamento non diretto	Plus	Nessun indennizzo – tipo struttura/pagamento esclusa per le cure di 3° livello.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di scoperti, massimali, esclusioni e limitazioni contrattuali che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Per gli aspetti di maggior dettaglio in riferimento a scoperti, massimali e limitazioni contrattuali, si rinvia ai seguenti: Art.8 - Somme assicurate e massimali; Art.20 – Garanzie prestate, operatività massimali, franchigie e scoperti; Art.41 Formule assicurative ed al “Tariffario Prestazioni Odontoiatriche”.

Per gli aspetti di maggior dettaglio in riferimento alle esclusioni, si rinvia agli Art.38 - Esclusioni Contrattuali a valere per tutte le garanzie / prestazioni e Art.39 – Esclusioni Contrattuali relative alle Prestazioni Odontoiatriche.

d) LTC (GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA)

La Società garantisce l'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza, a causa di infortunio o malattia.

L'Assicurato, in caso di non autosufficienza e fintanto che persiste tale stato e non oltre il periodo massimo di 5 anni complessivamente e cumulativamente, percepirà un rimborso spese forfettario, pari all'importo indicato nella Formula prescelta.

Per gli aspetti di maggior dettaglio, si rinvia ai seguenti: Art.34 – Oggetto dell'assicurazione, Art.35 – Esonero dal pagamento del premio, Art.36 – Condizioni di pagamento delle prestazioni – Art.37 Rivedibilità dello stato di non autosufficienza.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di massimali, esclusioni e limitazioni contrattuali che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti: Art.8 - Somme assicurate e massimali; Art.20 – Garanzie prestate, operatività massimali, franchigie e scoperti; Art.38 – Esclusioni Contratti a valere per tutte le garanzie / prestazioni; Art.40 – Esclusioni contrattuali relative alla garanzia di non autosufficienza; Art.41 Formule assicurative

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

AVVERTENZA: Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio in sede di conclusione del contratto da parte del Contraente o dell'Assicurato potrebbero comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti: Art.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, Art. 5 – Persone assicurate, Art. 38 – Esclusioni contrattuali a valere per tutte le garanzie / prestazioni delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

AVVERTENZA: Per le coperture assicurative di cui al presente contratto, deve essere compilato e sottoscritto il questionario medico da parte di ogni Assicurato in maniera completa, precisa e veritiera.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art.1898 Codice Civile. **Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti: Art. 3 – Aggravamento del rischio delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.**

6. Premi

La polizza Salute Advance ha durata annuale. In ogni caso non sono di norma ammesse polizze di durata inferiore all'anno.

Il pagamento del premio avviene con periodicità annuale. **Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti: Art.9 – Decorrenza dell'assicurazione, Art. 10 – Pagamento e frazionamento del premio, Art. 12 – Modifica dei premi al rinnovo annuale, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.**

Il pagamento del premio deve essere effettuato con procedura di addebito in conto corrente intestato al Contraente presso la Banca, a favore della Società.

E' ammesso il frazionamento del premio in rate mensili, su richiesta del Contraente, senza oneri aggiuntivi.

AVVERTENZA: La Società o l'intermediario potranno applicare sconti di premio (più di 2 persone) in base al numero di persone assicurate

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il premio, non sono soggetti ad adeguamento in proporzione delle variazioni percentuali del "numero indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute" elaborato dall'istituto centrale di statistica (ISTAT).

Tuttavia, in occasione di ogni scadenza annuale, il premio di rinnovo potrà essere modificato dalla Società. La Società deve inviare al Contraente, almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto, una comunicazione scritta con indicate le modalità di rinnovo ed il premio annuo per la nuova annualità assicurativa.

Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art.12 – Modifica dei premi al rinnovo annuale delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 Codice Civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze, mentre gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

9. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'art.180 del Codice delle Assicurazioni, al contratto si applicherà la legge Italiana.

10. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi sono soggetti ad imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

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

INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Struttura Operativa quando ne ha avuto conoscenza, e comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso delle strutture sanitarie e di medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Struttura Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro.

Successivamente l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della polizza.

L'inadempimento di tale obbligo potrebbe comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

L'Assicurato, nei casi di Forma di Rimborso Indiretta, per la denuncia del sinistro, potrà avvalersi dell'area riservata messa a disposizione della Struttura Operativa sul sito www.blueassistance.it, dove avrà la possibilità di caricare autonomamente copia della documentazione medica e di spesa a Sua disposizione.

L'Assicurato deve fornire la documentazione medica sulla natura della patologia che ha dato luogo alla prestazione con la data di insorgenza della malattia o la data dell'infortunio o esiti di esami strumentali o altra documentazione medica utile a determinarne la comparsa. Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal francese e dal tedesco deve essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione restano a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

Ai fini della valutazione del rimborso di tutte le prestazioni coperte dalla presente polizza, erogate sia in Forma Diretta che Indiretta, la Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica, esiti di esami strumentali o ogni altra documentazione utile alla corretta valutazione del sinistro.

Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art.44 – Obblighi dell'assicurazione in caso di sinistro, delle Norme liquidative.

AVVERTENZA: per la gestione e liquidazione dei sinistri la Società si avvale di una Struttura Operativa esterna, Blue Assistance S.p.A.. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 42 – Centrale Operativa.

12. Assistenza diretta – Convenzioni

AVVERTENZA: Il presente contratto, a seconda della Formula prescelta dal singolo Assicurato, prevede anche la Forma di rimborso Diretta, ovvero, qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture sanitarie convenzionate e di medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato), attivandosi preventivamente con la Struttura Operativa, la Società paga direttamente alla struttura sanitaria convenzionata le spese rimborsabili a termini di contratto.

Per le prestazioni in Forma Diretta, è necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguirle in forma diretta contattando telefonicamente la Struttura Operativa.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 46 Forme di rimborso – diretta e indiretta, Art. 47 Forma diretta – Modalità operative e criteri di liquidazione, Art. 50 Procedura per la liquidazione sinistri Cure Odontoiatriche da malattia - Modalità operative nel caso ci si

avvalga di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati, delle Condizioni di Assicurazione.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è pubblicato sul sito www.veraassicurazioni.it alla Sezione Prodotti – Persona, all'interno dell'apposito spazio dedicato al presente Prodotto.

L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) è comunque disponibile nell'Area riservata del sito www.blueassistance.it, dove viene aggiornato in tempo reale.

13. Reclami

Gli eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società - **Servizio Reclami** - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - Fax 045.8372903 - mail: reclami@veraassicurazioni.it.

I reclami riguardanti invece il comportamento dell'Intermediario, dei suoi dipendenti e collaboratori, devono essere inoltrati all'Intermediario stesso che provvede a gestirli secondo quanto previsto dalla sua politica di gestione. I reclami di spettanza dell'Intermediario ma presentati alla Società, o viceversa, saranno trasmessi senza ritardo dall'uno all'altro, dandone contestuale notizia al reclamante.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 ROMA.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, utilizzando l'apposito modello reperibile nella sezione "Reclami" del sito della Società, dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato con una breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere ai seguenti sistemi conciliativi previsti a livello normativo o convenzionale:

- **Mediazione obbligatoria**, prevista dal Decreto Legislativo 28/2010 e successive modificazioni introdotte con il decreto legge 69/2013 convertito, con modificazioni, nella legge 98 del 09/08/2013. Per avviare la mediazione occorre, con l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito www.giustizia.it) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.
Tale sistema costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale in relazione ai contratti assicurativi in generale;
- **Negoziazione assistita**, prevista dal Decreto legge 132/2014 convertito, con modificazioni, nella legge 162 del 10/11/2014. Tale sistema costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale per chi intenda:
 - esercitare in giudizio un'azione in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti;
 - proporre in giudizio una domanda di pagamento a qualsiasi titolo di somme non eccedenti € 50.000, ad eccezione delle controversie assoggettate alla disciplina della c.d. mediazione obbligatoria (ovvero esclusi i contratti assicurativi in generale)

14. Controversie / Arbitrato

In caso di controversie di natura medica, sulla natura della malattia o infortunio, sulla classificazione degli interventi ai sensi dell'art. 22 o sui miglioramenti ottenibili con adeguati

trattamenti terapeutici nonché sui criteri di indennizzabilità le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

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.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della malattia o infortunio ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel quale caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'indennizzo.

Si rinvia ai seguenti: Art. 16 – Controversie / Arbitrato delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.

AVVERTENZA: Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, previo esperimento dei sistemi conciliativi previsti a livello normativo o convenzionale

15. Conflitto di interessi

Il presente contratto è un prodotto Vera Assicurazioni società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni; Vera Assicurazioni S.p.A. è partecipata al 65% da Cattolica Assicurazioni e al 35% da Banco BPM S.p.A..

Il presente prodotto è intermediato dalle Banche del Gruppo Banco BPM.

Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta. La Società si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra. La Società, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente/Aderente.

Vera Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

**Il Rappresentante Legale
Marco Passafiume**



GLOSSARIO

Assicurato

Il soggetto, residente nel territorio della Repubblica Italiana, il cui interesse é protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto mediante il quale la Società, a fronte del pagamento di un premio, si obbliga ad indennizzare o rimborsare all'Assicurato il danno ad esso prodotto dal verificarsi di un sinistro, entro i limiti convenuti.

Banca

Filiale del Banco BPM S.p.A. presso la quale il Contraente è titolare di conto corrente e ove viene stipulata la presente polizza.

Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla data di stipulazione dell'assicurazione durante il quale le prestazioni/garanzie non sono efficaci o sono ridotte.

Centro medico

Struttura, anche non adibita al ricovero, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche; **non sono considerati Centri medici strutture finalizzate a trattamenti di natura estetica.**

Chirurgia bariatrica o chirurgia dell'obesità

Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione, titolare di conto corrente presso il Banco BPM S.p.A.

Day Hospital

Permanenza in struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche che richiedono la compilazione della cartella clinica; **non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.**

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Evento

- Garanzie Ospedaliere: singolo ricovero, Day Hospital o intervento chirurgico ambulatoriale; la data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero, il Day Hospital o l'intervento chirurgico ambulatoriale.
- Garanzie Extraospedaliere: tutti gli accertamenti, le visite, i trattamenti, le cure e gli esami riguardanti la stessa patologia, prescritti ed inviati contemporaneamente; la data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Forma Indiretta

Modalità di liquidazione della Prestazione da parte della Società all'Assicurato che ha anticipato le spese, ed entro i limiti indicati in polizza.

Formula Assicurativa

Il documento nel quale sono indicate le coperture prestate.

Franchigia

L'importo contrattualmente stabilito in forma fissa che rimane a carico dell'Assicurato per ogni sinistro.

Gessatura

L'immobilizzazione di uno o più arti o articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico; si considera equiparata a gessatura l'immobilizzazione totale conseguente a frattura radiologicamente accertata del bacino, del femore, dell'anca, delle costole, della colonna vertebrale, frattura cranica, che si considera necessaria per inapplicabilità della gessatura.

Indennizzo o Indennità

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento chirurgico ambulatoriale

L'intervento di piccola chirurgia non in regime di ricovero, effettuato da medico chirurgo abilitato presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgico.

Intervento chirurgico

Tecnica terapeutica cruenta applicata su tessuti viventi effettuato da medico chirurgo abilitato presso Istituto di Cura, Centro Medico mediante l'uso di strumenti operatori o mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Istituto di Cura

Istituto Universitario, Ospedale, Casa di Cura, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; **non sono 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, i centri di benessere.**

Livello di assistenza odontoiatrico

Insieme di prestazioni odontoiatriche ragionevolmente omogeneo per obiettivo terapeutico ed intensità di cura.

Malattia

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio e oggettivamente riscontrabile; **la gravidanza non è considerata malattia.**

Malattia mentale

Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

La spesa massima rimborsabile per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno di copertura; **qualora non diversamente indicato, si intende applicato per persona e per anno di copertura**; per la garanzia di non autosufficienza, il massimale si intende per persona e fino ad un massimo di 5 anni del rimborso mensile previsto nella Formula Assicurativa prescelta.

Medicina alternativa o complementare

Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

Nucleo familiare

Costituiscono il nucleo familiare esclusivamente:

- il coniuge o il convivente more uxorio;
- i figli, anche se non conviventi, compresi i figli naturali legalmente riconosciuti, i figli nati dal precedente matrimonio del coniuge, i minori legalmente affidati o adottati, i figli del convivente more uxorio.

Pagamento diretto o assistenza diretta

Il pagamento che la Società, in nome e per conto dell'Assicurato, effettua, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza, a favore dei Centri convenzionati per le prestazioni previste nelle garanzie di polizza.

Patologia preesistente

Alterazione dello stato di salute diagnosticata o conosciuta o insorta secondo giudizio medico prima dell'effetto della copertura assicurativa del singolo Assicurato.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Presa in carico

Atto effettuato dalla Struttura Operativa di avvio della procedura di pagamento diretto, in nome e per conto dell'Assicurato, delle spese indennizzabili per prestazioni effettuate presso Centri di cura convenzionati.

Prestazioni intramoenia

Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di Day Hospital o di Ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Questionario Medico

Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato sulla base delle dichiarazioni fornite dall'Assicurato stesso, facente parte integrante della Polizza.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento; **non è considerato ricovero la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.**

Rimborso

Somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

Scoperto

La parte dell'indennizzo, determinato in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

L'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società

Vera Assicurazioni S.p.A.

Struttura Operativa

Blue Assistance, Società di Servizi che gestisce il servizio di assistenza e provvede al pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure ai rimborsi; provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

Strutture Sanitarie e Medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato)

Rete convenzionata con Blue Assistance costituita da Ospedali, Istituti di Cura, Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, Centri e studi odontoiatrici nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Surgical cash

Indennità per interventi chirurgici resi necessari da malattia od infortunio.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate esclusivamente presso Istituti di Cura, Centri Medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio; **ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.**

Visita specialistica

La visita effettuata da medico fornito di specializzazione, **escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria**, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. **Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative.**

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze per la stessa assicurazione ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

In caso di sinistro il Contraente deve darne avviso scritto a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri e gli estremi della polizza, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio sia coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Integrativi Sanitari.

Rimane salvo il diritto di regresso della Società.

Art. 3 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art.1898 Codice Civile.

Art. 4 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società riduce il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 5 - Persone assicurate

L'Assicurazione vale per le persone assicurate indicate nella Scheda di polizza, appartenenti al medesimo nucleo familiare del Contraente.

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non è assicurabile la persona affetta da:

- **alcolismo;**
- **tossicodipendenza;**
- **sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);**
- **sieropositività da HIV.**

Qualora, nel corso della copertura assicurativa, insorga una o più delle affezioni su indicate, la copertura assicurativa cessa con effetto immediato al loro manifestarsi.

Art. 6 - Limiti di età

Possono aderire:

- alle Garanzie Ospedaliere ed Extra-Ospedaliere delle Formule Smart, More, Extra e Plus le persone di età compresa tra 1 anno compiuto, quale età minima di ingresso, e 64 anni compiuti, quale età massima di ingresso;
- alle Garanzie Ospedaliere ed Extra-Ospedaliere della Formula Young le persone di età compresa tra 1 anno compiuto, quale età minima di ingresso, e 34 anni compiuti, quale età massima di ingresso;
- alla Garanzia di non autosufficienza le persone di età compresa tra 20 anni compiuti, quale età minima di ingresso, e 64 anni compiuti, quale età massima di ingresso;

Le coperture assicurative in ogni caso cessano:

- per le **Garanzie Ospedaliere ed Extra-Ospedaliere delle Formule Smart, More, Extra e Plus** al compimento del 74° anno di età;
- per le **Garanzie Ospedaliere ed Extra-Ospedaliere della Formula Young** al compimento del 35° anno di età;
- per la **Garanzia di non autosufficienza** al compimento del 74° anno di età;

Per le persone che raggiungano tali limiti di età nel corso del contratto, l'Assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva alla decorrenza del termine.

Art. 7 - Assicurazione per conto altrui

Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del Codice Civile.

Art. 8 - Somme assicurate e massimali

Le somme assicurate e i massimali sono indicate nella Formula Assicurativa prescelta all'atto della sottoscrizione indicata nella Scheda di Polizza e negli allegati "Classificazione degli interventi chirurgici in 7 classi" e "Tariffario delle Prestazioni Odontoiatriche".

Essi rappresentano per la Società il limite massimo di esposizione a cui essa è tenuta in relazione ad ogni singola persona Assicurata ed annualità Assicurativa.

Art. 9 – Decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

In caso di mancato pagamento di una singola rata, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. **Verificandosi la ripresa in vigore dopo 30 giorni di sospensione, entreranno nuovamente in funzione i termini di carenza stabiliti dall'Art. 13 - Carenza.**

Art. 10 – Pagamento e frazionamento del premio

Il pagamento del premio previsto per la stipula o il rinnovo della presente assicurazione deve essere effettuato con procedura di addebito in conto corrente intestato al Contraente presso la Banca, a favore della Società; ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento del premio, farà fede la documentazione contabile della Banca stessa.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Il frazionamento del premio annuo può essere pattuito, su richiesta del Contraente, in rate mensili.

Nel caso in cui il Contraente proceda alla chiusura del rapporto di conto corrente presso la Banca durante la validità dell'Assicurazione, lo stesso dovrà provvedere all'immediato pagamento delle eventuali rate successive relative all'annualità assicurativa in corso e il contratto si risolverà alla prima scadenza annuale.

Art. 11 – Durata e Proroga dell'Assicurazione

La copertura assicurativa scade alle ore 24 del giorno indicato in polizza.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno, salvo quanto previsto all'ultimo comma dell'Art.10 - Pagamento e frazionamento del premio.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata dalle Parti a mezzo lettera raccomandata, almeno 15 giorni prima della scadenza del contratto; è data altresì facoltà al Contraente di procedere alla disdetta del contratto recandosi presso la Banca fino a 5 giorni prima della scadenza annuale.

Art. 12 – Modifica dei premi al rinnovo annuale

In occasione di ogni scadenza annuale dell'Assicurazione, il premio di rinnovo potrà essere modificato dalla Società, ferme le condizioni generali di assicurazione.

La Società è tenuta ad inviare al Contraente, almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto, una comunicazione scritta con indicate le modalità di rinnovo ed il premio annuo per la nuova annualità assicurativa.

Il Contraente che non accetti le modalità di rinnovo o il premio annuo comunicato potrà esercitare la sua facoltà di disdetta entro i termini di cui all'Art. 11 – Durata e Proroga dell'Assicurazione.

Art. 13 - Carenza

L'Assicurazione decorre per ciascun Assicurato trascorsi i seguenti periodi di carenza:

Garanzie Ospedaliere ed Extra-ospedaliere (ad eccezione delle Prestazioni Odontoiatriche):

- **per gli infortuni: dalle ore 24 del giorno in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione;**
- **per le malattie: dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione;**
- **per il parto: dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione;**
- **per le conseguenze di stati patologici insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula del contratto sempre che NON conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipula: dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione;**
- **per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'aborto terapeutico la garanzia è operante soltanto se la gravidanza ha avuto inizio almeno 30 giorni dopo la decorrenza dell'assicurazione; per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio insorta antecedentemente la stipula della polizza o nei primi 30 giorni di decorrenza della stessa, la garanzia è operante a decorrere dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione**

Prestazioni Odontoiatriche

Vedere art. 32 - Carenza e percentuali di rimborso progressive.

Garanzia per la non autosufficienza

- per gli infortuni, dalle ore 24 del giorno in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione;
- per la malattia 6 mesi di carenza da quello in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione di contratto analogo della Società, senza soluzione di continuità, nei confronti degli stessi Assicurati i termini di carenza di cui sopra operano soltanto in relazione alle nuove garanzie ed alle maggiori somme eventualmente previste nella nuova polizza.

Art. 14 - Limiti territoriali e liquidazione delle spese sostenute all'estero

L'assicurazione è valida per sinistri e prestazioni effettuate in tutto il mondo.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, con moneta in corso in Italia, al cambio medio - ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi – della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Art. 15 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 16 – Controversie / Arbitrato

In caso di controversie di natura medica, sulla natura della malattia o infortunio, sulla classificazione degli interventi ai sensi dell'art. 22 o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sui criteri di indennizzabilità le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

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.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della malattia o infortunio ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel quale caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'indennizzo.

Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art. 17 - Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia al diritto all'azione di surroga di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili, solo se tra i terzi responsabili vi è il Contraente, l'Assicurato o un componente appartenente al nucleo familiare dell'Assicurato.

Art. 18 - Oneri fiscali

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

Art. 19 - Rinvio alle norme di legge

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

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Art. 20 – Garanzie prestate, operatività massimali, franchigie e scoperti

La Società garantisce esclusivamente le prestazioni indicate nella Formula Assicurativa prescelta dall'Assicurato, ai termini e condizioni indicati nelle Condizioni Generali di Assicurazione.

Le prestazioni vengono rimborsate fino alla concorrenza dei massimali e con le franchigie, scoperti e limiti indicati nella Formula Assicurativa prescelta.

Qualora, per la medesima patologia, venissero richieste dall'Assicurato sia prestazioni Ospedaliere che Extraospedaliere, i massimali, le franchigie e gli scoperti sulle singole garanzie opereranno in maniera distinta e indipendente.

GARANZIE OSPEDALIERE

SURGICAL CASH

Art. 21 - Oggetto dell'assicurazione

La Società garantisce all'Assicurato un'indennità per interventi chirurgici resi necessari da malattia od infortunio.

In particolare:

- In caso di intervento chirurgico (anche in day hospital o ambulatoriale) reso necessario da infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza la Società corrisponde all'Assicurato l'importo indicato nella "Tabella Indennizzi interventi chirurgici", corrispondente alla classe di intervento chirurgico specificata nell'allegato "Classificazione degli interventi chirurgici in 7 classi", con riferimento alla Formula prescelta dall'Assicurato.
- Gli importi previsti per le classi VI e VII sono maggiorati del 50% qualora l'intervento chirurgico si sia svolto all'estero, ad esclusione di Città del Vaticano, Repubblica di S. Marino, Principato di Monaco e Svizzera.
- **In caso di intervento chirurgico effettuato presso il SSN, l'indennizzo previsto per l'intervento sarà corrisposto nella misura del 50%.**

Per ogni singolo Assicurato, in ogni caso, gli indennizzi per anno non potranno superare il doppio dell'indennizzo della classe VII in regime privato previsto per la Formula prescelta.

Art. 22 - Classificazione degli interventi chirurgici in 7 classi

Gli interventi chirurgici sono identificati e classificati in 7 classi, secondo complessità ed indicati nell'Allegato "Classificazione interventi chirurgici in 7 classi"; a ciascuna classe d'intervento è associato un indennizzo (diverso a seconda della Formula prescelta o se in regime privato o SSN); ove sia descritta una patologia anziché una procedura chirurgica, deve sempre intendersi "intervento per" o "asportazione di".

In caso di intervento chirurgico non specificatamente indicato nell'allegato "Classificazione interventi chirurgici in 7 classi", la classe a cui attribuire l'intervento per cui è richiesto l'indennizzo verrà stabilito con riferimento al più simile degli interventi elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica.

Per gli interventi chirurgici effettuati a causa della stessa patologia ed allo stesso organo, arto o tessuto, l'indennizzo previsto viene corrisposto dalla Società un'unica volta nell'anno Assicurativo cui il sinistro è attribuibile.

Nel caso in cui, nel corso della stessa seduta operatoria, vengano effettuati due o più interventi chirurgici, la Società corrisponderà all'assicurato un unico indennizzo prendendo come riferimento quello di importo più elevato.

TABELLA INDENNIZZI INTERVENTO CHIRURGICO

Classe di intervento	Formula Smart		Formula More	
	Privato	SSN	Privato	SSN
Classe I	100,00	50,00	160,00	80,00
Classe II	200,00	100,00	320,00	160,00
Classe III	750,00	375,00	1.200,00	600,00
Classe IV	1.250,00	625,00	2.000,00	1.000,00
Classe V	2.500,00	1.250,00	4.000,00	2.000,00
Classe VI	5.000,00	2.500,00	8.000,00	4.000,00
Classe VII	10.000,00	5.000,00	16.000,00	8.000,00

Classe di intervento	Formula Extra		Formula Plus	
	Privato	SSN	Privato	SSN
Classe I	320,00	160,00	480,00	240,00
Classe II	640,00	320,00	1.200,00	600,00
Classe III	1.600,00	800,00	2.400,00	1.200,00
Classe IV	4.000,00	2.000,00	4.800,00	2.400,00
Classe V	12.000,00	6.000,00	16.000,00	8.000,00
Classe VI	16.000,00	8.000,00	32.000,00	16.000,00
Classe VII	40.000,00	20.000,00	80.000,00	40.000,00

(Indennizzi in €)

Art. 23 – Indennità giornaliera da ricovero senza intervento chirurgico.

La Società riconosce all'Assicurato, in caso di ricovero in Istituto di Cura senza intervento chirurgico reso necessario da malattia o infortunio, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di ricovero (si intende come tale ogni giorno che comprende anche il pernottamento) e per Day Hospital senza intervento chirurgico **entro i limiti indicati nella Formula Assicurativa prescelta**. In caso di ricovero senza intervento con pernottamento, l'indennità è riconosciuta a partire dalla seconda notte di degenza.

Per i ricoveri in regime di Day Hospital senza intervento, non si applica alcuna franchigia.

Art. 24 – Indennità giornaliera da ricovero con intervento chirurgico.

Per gli Assicurati che aderiscono **alla Formula Young**, la Società riconosce un'indennità giornaliera per ciascun giorno di ricovero e di Day Hospital con intervento chirurgico **entro i limiti indicati nella Formula stessa**.

GARANZIE EXTRA OSPEDALIERE

Art. 25 – Indennità da gessatura da infortunio.

Per gli Assicurati che aderiscono **alla Formula Young**, la Società, nei casi di infortunio oggettivamente documentato da referto di Pronto Soccorso, indennizzabile a termini di polizza, con o senza ricovero in Istituto di cura, corrisponde l'indennità da gessatura per ciascun giorno di applicazione del gesso **entro i limiti indicati nella Formula stessa**.

Art. 26 - Alta Specializzazione

Vengono rimborsate, entro il limite massimo **indicato nella Formula Assicurativa prescelta**, le prestazioni di "alta specializzazione" di cui al seguente elenco:

- Angiografia e Coronarografia;
- Diagnostica radiologica con mezzo di contrasto endovenoso;
- ECG da sforzo;
- Ecocardiografia;
- Ecocolordoppler;
- Ecografia transviscerale, transesofagea, intravascolare e endocavitaria;
- Esami Endoscopici a scopo diagnostico;
- Medicina nucleare diagnostica con utilizzo di radioisotopi per endovenosa (scintigrafie, Pet);
- Risonanza magnetica nucleare (RMN);
- TAC.

Art. 27 - Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici ed Analisi di laboratorio

Vengono rimborsate, entro il limite massimo **indicato nella Formula Assicurativa prescelta** le spese per:

- a) analisi ed esami diagnostici prescritti dal medico curante diversi da quelli elencati all'Art. 26 e degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici resi necessari da infortunio; **in quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'infortunio sia documentato da referto di Pronto Soccorso ospedaliero;**
- b) onorari medici per visite specialistiche prescritte dal medico curante e degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici resi necessari da infortunio; **in quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'infortunio sia oggettivamente documentato da referto di Pronto Soccorso ospedaliero.**

Sono sempre escluse le visite pediatriche di controllo.

Art. 28 - Ticket SSN – Extra Ospedaliero

Vengono rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione **disciplinata nella Formula Assicurativa prescelta, entro i limiti massimi previsti per ogni singolo tipo di prestazione.**

Per i soli Assicurati che **aderiscono alla Formula Young** sono rimborsabili i ticket per tutte le prestazioni, anche se non disciplinate nella **Formula Young**, quali: intervento chirurgico ambulatoriale, visite specialistiche, accertamenti diagnostici (incluse alta diagnostica e le analisi di laboratorio), cure odontoiatriche (per le sole prestazioni indicate nel "Tariffario delle Prestazioni Odontoiatriche" senza applicazione dei vincoli temporali e tecnici ivi indicati), trattamenti fisioterapici e rieducativi da malattia, **ferme le esclusioni di cui agli articoli 38 e 39, salvo quanto espressamente derogato dal presente articolo.**

I ticket sanitari per l'acquisto di farmaci sono esclusi.

Art. 29 - Prestazioni Odontoiatriche a seguito di infortunio

Per i soli Assicurati che aderiscono **alla Formula Young**, vengono rimborsate, entro il limite massimo **indicato nella stessa**, le spese per cure odontoiatriche, escluse le cure ortodontiche, rese necessarie da infortunio; lo stesso deve essere oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, ortopantomografia o rxendorale o fotografia e corredato da fattura dettagliata con i singoli costi delle prestazioni eseguite.

Le cure eseguite dovranno essere congrue con le lesioni dell'infortunio medesimo.

I rimborsi per cure odontoiatriche a seguito di infortunio non sono cumulabili con le cure odontoiatriche a seguito di malattia.

Art. 30 – Trattamenti fisioterapici e riabilitazione da infortunio

Per i soli Assicurati che aderiscono **alla Formula Young**, vengono rimborsate, entro il limite massimo **indicato nella stessa**, le spese sostenute per fisioterapia e trattamenti di riabilitazione resi necessari a seguito di **infortunio, oggettivamente documentato da referto di Pronto Soccorso ospedaliero, prescritti da medico specialista, la cui specializzazione sia congrua con la patologia accertata e certificata, ed effettuati da fisioterapista diplomato.**

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Art. 31 - Oggetto dell'assicurazione

La Società garantisce le cure odontoiatriche rese necessarie da malattia o infortunio **limitatamente alle prestazioni elencate nel “Tariffario Prestazioni Odontoiatriche”, entro i limiti tariffari e nel rispetto dei vincoli temporali e tecnici ivi menzionati, a seconda di quanto indicato nella Formula Assicurativa prescelta.**

Le prestazioni sono suddivise in diversi Livelli di Assistenza:

- a) Igiene e prevenzione,
- b) Cure di Primo livello,
- c) Cure di Secondo livello,
- d) Cure di Terzo livello,

e vengono garantite in tutto o in parte a seconda della Formula Assicurativa prescelta e del corrispondente periodo di carenza,

Art. 32 - Carenza e percentuali di rimborso progressive

La tabella seguente riporta gli scaglioni temporali di applicazione del periodo di carenza e le percentuali di rimborso spettanti per le prestazioni, inserite in ciascun livello di assistenza, con riferimento alla data in cui le stesse si sono rese necessarie.

Livello di Assistenza	Tempo in mesi dalla data di decorrenza della polizza	% di rimborso spettante
Igiene e prevenzione	0	100%
Cure di 1° livello	Fino a 3 mesi Da 3 a 6 mesi Oltre 6 Mesi	0 50% 100%
Cure di 2° livello	Fino a 3 mesi Da 3 a 6 mesi Da 6 a 12 mesi Oltre 12 mesi	0 30% 60% 100%
Cure di 3° livello	Fino a 6 mesi Da 6 a 12 mesi Da 12 a 24 mesi Oltre 24 mesi	0 30% 60% 100%

Nel periodo di carenza la copertura può essere inoperante (percentuale di rimborso spettante uguale a zero) o operare a rimborso con percentuali progressive delle tariffe indicate nell'Allegato “Elenco delle prestazioni odontoiatriche ammesse a rimborso” per le diverse opzioni.

Art. 33 – Trattamenti odontoiatrici complessi

Per i trattamenti odontoiatrici di lunga durata (maggiore di 1 anno assicurativo), e comunque per tutti i trattamenti in cui il preventivo di spesa sia superiore a Euro 2.000,00, i rimborsi, nei limiti previsti nel “Tariffario Prestazioni Odontoiatriche”, **saranno ammessi a condizione che prima**

dell'inizio del trattamento venga presentata alla Centrale Operativa adeguata documentazione.

LTC (GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA)

Art. 34 – Oggetto dell'assicurazione

La presente assicurazione garantisce l'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza, a causa di infortunio o malattia.

E' considerata non autosufficiente la persona che si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata e consolidata, di poter compiere 4 delle seguenti 6 azioni consuete della vita quotidiana, senza l'assistenza di una persona:

- **Lavarsi:** la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
- **Vestirsi e Svestirsi:** la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici;
- **Andare al bagno ed usarlo:** la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi,...);
- **Spostarsi** – la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e vice-versa;
- **Continenza** – la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
- **Alimentarsi** – la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere.

L'Assicurato, in caso di non autosufficienza e fintanto che persiste tale stato e non oltre il periodo massimo di 5 anni complessivamente e cumulativamente, percepirà un rimborso spese forfettario, pari all'importo indicato nella Formula prescelta.

Qualora l'Assicurato dovesse recuperare capacità psico-motorie e funzionali che lo rendessero nuovamente autosufficiente, lo stesso dovrà darne comunicazione alla Società entro 30 giorni; **l'erogazione del rimborso verrà sospeso con effetto immediato** per essere riattivato qualora lo stesso ritornasse non autosufficiente.

In caso di decesso, gli eredi sono tenuti entro 30 giorni dall'evento a darne comunicazione alla Società; il rimborso mensile da parte della Società cesserà con effetto immediato.

Art. 35 – Esonero dal pagamento del premio

In caso di non autosufficienza dell'Assicurato, terminata l'annualità in corso, il Contraente si intende esonerato dal pagamento del premio relativamente all'Assicurato stesso e limitatamente alla garanzia di non autosufficienza stessa, qualora l'assicurazione venga rinnovata.

Art. 36 - Condizioni di pagamento delle prestazioni

La prestazione del rimborso verrà corrisposto, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni a partire dalla data di denuncia alla Società dello stato di non autosufficienza e in ogni caso, se trascorso il periodo di carenza di 6 mesi dalla data di decorrenza della polizza per qualsiasi malattia.

Non è previsto alcun pagamento retroattivo.

Il rimborso sarà corrisposto con cadenza mensile anticipata per tutto il periodo in cui perdurerà lo stato di non autosufficienza e per un periodo massimo complessivo e cumulativo di 5 anni e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.

Ogni 12 mesi, dovrà essere indirizzato alla Società un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato; la stessa si riserva comunque il diritto di richiederlo ogni qualvolta lo ritenesse necessario. **Nel caso in cui l'Assicurato si rifiutasse di sottoporsi ai controlli richiesti o di esibire la documentazione richiesta, il pagamento dell'indennizzo verrà sospeso.**

Art. 37 - Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà, ove lo ritenga opportuno, di eseguire periodicamente controlli sanitari sullo stato di salute dell'Assicurato attraverso medici di propria fiducia e a proprie spese, richiedendo a tal proposito la documentazione che riterrà più idonea alla valutazione del sinistro che dimostri oggettivamente lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

ESCLUSIONI

Art. 38 - Esclusioni Contrattuali a valere per tutte le garanzie / prestazioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1. le complicanze, le conseguenze dirette ed indirette di stati invalidanti e malattie in genere già conosciute, diagnosticate o curate alla data di decorrenza della polizza; restano invece incluse le complicanze e le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipulazione del contratto come da Art. 13 "Carenza" – punto 4;**
- 2. gli infortuni occorsi prima della sottoscrizione della polizza nonché le loro complicanze e conseguenze dirette e indirette nonché i relativi postumi;**
- 3. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**
- 4. le prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione della polizza, per qualsiasi motivo, anche se la malattia si è manifestata e l'infortunio è avvenuto durante il periodo di validità della garanzia;**
- 5. le spese non dipendenti da malattia e infortuni quali quelle relative a prestazioni di routine e/o controllo, check-up, vaccini, prestazioni di medicina generale e pediatria di routine; gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche e le prestazioni sanitarie in genere non resi necessari da malattia o infortunio; i ricoveri per accertamenti o trattamenti, anche chirurgici, non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio;**
- 6. le spese relative a prestazioni di logopedia e fisioterapia (salvo se previste dalla Formula Assicurativa prescelta);**
- 7. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale e/o titolo equipollente se effettuato all'estero;**
- 8. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Chirurghi, ad eccezione di quelle infermieristiche e di quelle fisioterapiche effettuate da studio professionale regolarmente autorizzato (se previste dalla Formula Assicurativa prescelta); sono comunque escluse tutte le prestazioni fisioterapiche finalizzate al**

trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica;

- 9. le prestazioni e le terapie riconducibili alla medicina complementare o alternativa (a solo titolo esemplificativo ma non esaustivo: omeopatia, fitoterapia, agopuntura);**
- 10. i trattamenti medici o chirurgici e farmaci sperimentali;**
- 11. le prestazioni determinate da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse;**
- 12. le prestazioni e le terapie determinate da virus “Ebola”;**
- 13. gli infortuni, le malattie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all’uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni; in caso di uso terapeutico di stupefacenti o allucinogeni, sono esclusi gli infortuni, le malattie e le intossicazioni conseguenti all’uso degli stessi se assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;**
- 14. gli infortuni occorsi in conseguenza di uno stato di ubriachezza/ebbrezza, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada;**
- 15. le malattie e gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose o comunque dolose compiute o tentate dall’Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché le imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall’Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;**
- 16. gli infortuni causati dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;**
- 17. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, hockey, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme (ivi comprese le arti marziali), immersioni con o senza autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai di difficoltà superiore al terzo grado della scala Monaco, speleologia, sport aerei, sport comportanti l’uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, allenamenti, prove);**
- 18. gli infortuni derivanti dalla guida o uso di mezzi subacquei, di deltaplani, di ultraleggeri, di parapendio e simili;**
- 19. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche ; conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell’atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) o esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo non siano causate da radiazioni utilizzate sull’Assicurato per terapie mediche;**
- 20. le conseguenze di guerra o guerra civile, dichiarata e non, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale; l’esclusione non opera se viene presentata documentazione idonea a dimostrare che non vi è nesso causale tra lo stato di guerra ed il sinistro;**

21. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo quando l'Assicurato ne sia stato parte attiva;
22. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
23. ogni prestazione medica, chirurgica o applicazione di carattere estetico, (cure dimagranti, dietetiche, liposuzione, sclerosanti o ogni altro trattamento avente finalità estetica);
24. i trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati:
 - a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi per neoplasie maligne indennizzabili ai sensi di polizza.
25. i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche nonché gli esaurimenti nervosi;
26. l'interruzione volontaria (non terapeutica) della gravidanza;
27. le cure e gli accertamenti odontoiatrici/ortodontici e le protesi dentarie (se non previste dalla Formula Assicurativa prescelta);
28. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate;
29. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
30. la correzione dei vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
31. i disordini alimentari (anoressia nervosa, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità;
32. le protesi e presidi ortopedici ed acustici;
33. le lenti ed occhiali;
34. le spese di viaggio e di accompagnatore;

Art. 39 - Esclusioni Contrattuali relative alle Prestazioni Odontoiatriche

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 38 – Esclusioni Contrattuali a valere per tutte le garanzie/prestazioni, sono sempre escluse:

1. le prestazioni sanitarie non effettuate da medici regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
2. tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati o resisi necessari prima della stipula della polizza;
3. tutte le prestazioni non comprese nell'Allegato "Tariffario Prestazioni Odontoiatriche" o comunque non previste dalla Formula prescelta;
4. tutte le prestazioni da malattia in assenza di preventiva redazione della "Scheda Anamnestica";

Inoltre non sono risarcibili le spese per:

5. procedure di ricostruzione utilizzate per incrementare la dimensione verticale del dente persa a causa di attrito;
6. lesioni dentarie da infortunio durante la pratica di sport per i quali è previsto l'utilizzo del paradenti;
7. sostituzione di protesi rimovibili complete o parziali a causa di rottura mentre non in uso o smarrite;
8. qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla decorrenza della copertura;
9. estrazioni di denti decidui (da latte);
10. prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto sia fisso che rimovibile preesistente all'atto di sottoscrizione della polizza;
11. trattamenti ortodontici, anche se associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o seguano l'intervento chirurgico;
12. prestazioni effettuate all'estero.

Art. 40 - Esclusioni Contrattuali relative alla garanzia di non autosufficienza

Ad integrazione di quanto previsto dall'Art. 38 – Esclusioni Contrattuali a valere per tutte le garanzie / prestazioni relative alla garanzia di non autosufficienza, sono sempre esclusi gli eventi derivanti da:

1. negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che il rimborso non viene effettuato se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
2. incidente aereo se viaggia come membro dell'equipaggio;
3. svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

FORMULE ASSICURATIVE

Art. 41 Formule assicurative

Le formule prescelte dal Contraente ed operanti sul singolo assicurato sono indicate nella singola Polizza.

I massimali/limiti di indennizzo si intendono prestati per ciascuna persona assicurata e per annualità assicurativa. Le franchigie e/o scoperti si intendono operanti per evento.

FORMULA YOUNG

GARANZIE	MASSIMALI/LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIE e SCOPERTI
OSPEDALIERE		
Indennità giornaliera da ricovero senza/con intervento chirurgico, incluso Day Hospital	€50,00 al giorno con il massimo di 200 gg per annualità assicurativa	1 giorno (esclusi i ricoveri in regime di Day Hospital)
EXTRAOSPEDALIERE		
Indennità da gessatura da infortunio	€50,00 al giorno con il massimo di 30 gg per annualità assicurativa	Nessuna
Ticket SSN: Spese per prestazioni mediche a titolo di ticket SSN	€500,00 per annualità assicurativa	Nessuna
Prestazioni odontoiatriche a seguito di infortunio	€1.000,00 per annualità assicurativa	Nessuna
Prestazioni odontoiatriche	Accesso alle tariffe convenzionate tramite il servizio "Dr. Smalto" di cui all'Allegato 2 della Polizza I costi delle prestazioni sono a carico dell'Assicurato	=====
Trattamenti fisioterapici e riabilitazione da infortunio	€1.000,00 per annualità assicurativa	Nessuna

FORMULA SMART

GARANZIE	MASSIMALI/LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIE e SCOPERTI
OSPEDALIERE		
Surgical Cash - Indennità Interventi chirurgici	Indennità in base alla "Tabella Indennizzo Intervento Chirurgico" riportata all'interno del Fascicolo Informativo	Nessuna

Indennità giornaliera da ricovero senza intervento chirurgico	€50,00 al giorno con il massimo di 200 gg per annualità assicurativa	1 giorno (esclusi i ricoveri in regime di Day Hospital)		
EXTRAOSPEDALIERE				
Alta Specializzazione (come da elenco riportato all'interno del Fascicolo Informativo)	€1.500,00 per annualità assicurativa	Network convenzionato con pagamento diretto	Scoperto 20%	Minimo €25,00
		Ticket SSN	Nessuna	
		Altre strutture o altre forme di pagamento	Scoperto 20%	Minimo €50,00
Visite specialistiche (esclusi accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio)	€500,00 per annualità assicurativa, con i seguenti limiti per visita specialistica:		Nessuna	
	Network convenzionato con pagamento diretto	€60,00		
	Ticket SSN	nessuno		
	Altre strutture o altre forme di pagamento	€40,00		
Prestazioni odontoiatriche	Accesso alle tariffe convenzionate tramite il servizio "Dr. Smalto" di cui all'Allegato 2 della Polizza I costi delle prestazioni sono a carico dell'Assicurato	=====		
LTC (solo se operante)				
Garanzia per la non autosufficienza	€500,00 mensili, con il limite di 5 anni a titolo di rimborso spese forfettario	Nessuna		

FORMULA MORE

GARANZIE	MASSIMALI/LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIE e SCOPERTI		
OSPEDALIERE				
Surgical Cash - Indennità Interventi chirurgici	Indennità in base alla "Tabella Indennizzo "Intervento Chirurgico" riportata all'interno del Fascicolo Informativo	Nessuna		
Indennità giornaliera da ricovero senza intervento chirurgico	€75,00 al giorno con il massimo di 200 gg per annualità assicurativa	1 giorno (esclusi i ricoveri in regime di Day Hospital)		
EXTRAOSPEDALIERE				
Alta Specializzazione (come da elenco riportato all'interno del Fascicolo Informativo)	€1.750,00 per annualità assicurativa	Network convenzionato con pagamento diretto	Scoperto 20%	Minimo €25,00

		Ticket SSN	nessuna	
		Altre strutture o altre forme di pagamento	Scoperto 20%	Minimo €50,00
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio	€500,00 per annualità assicurativa	Network convenzionato con pagamento diretto	Scoperto 20%	Minimo €40,00
		Ticket SSN	nessuna	
		Altre strutture o altre forme di pagamento	Scoperto 20%	Minimo €70,00
Prestazioni odontoiatriche	Accesso alle tariffe convenzionate tramite il servizio "Dr. Smalto" di cui all'Allegato 2 della Polizza I costi delle prestazioni sono a carico dell'Assicurato		=====	
Prestazioni odontoiatriche, come meglio indicate nel "Tariffario Prestazioni Odontoiatriche" riportato nel Fascicolo Informativo, esclusivamente in relazione a: ➤ Igiene e Prevenzione ➤ Cure di 1° Livello	Network convenzionato con pagamento diretto	Come da "Tariffario Prestazioni Odontoiatriche"	Nessuna – fatta salva l'eventuale applicazione dell'art. 32.	
	Altre strutture odontoiatriche non convenzionate con altre forme di pagamento	Come da "Tariffario Prestazioni Odontoiatriche"	Scoperto 10% - fatta salva l'eventuale applicazione dell'art. 32.	
	Ticket SSN	nessuno	Nessuna – fatta salva l'eventuale applicazione dell'art. 32	
LTC (solo se operante)				
Garanzia per la non autosufficienza	€750,00 mensili, con il limite di 5 anni a titolo di rimborso spese forfettario		Nessuna	

FORMULA EXTRA

GARANZIE	MASSIMALI/LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIE e SCOPERTI		
OSPEDALIERE				
Surgical Cash - Indennità Interventi chirurgici	Indennità in base alla "Tabella Indennizzo Intervento Chirurgico" riportata all'interno del Fascicolo Informativo	Nessuna		
Indennità giornaliera da ricovero senza intervento chirurgico	€100,00 al giorno con il massimo di 200 gg per annualità assicurativa	1 giorno (esclusi i ricoveri in regime di Day Hospital)		
EXTRAOSPEDALIERE				
Alta Specializzazione (come da elenco riportato all'interno del Fascicolo Informativo)	€2.000,00 per annualità assicurativa	Network convenzionato con pagamento diretto	Scoperto 20%	Minimo €25,00

		Ticket SSN	nessuna
		Altre strutture o altre forme di pagamento	Scoperto 20% Minimo €50,00
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio	€1.000,00 per annualità assicurativa	Network convenzionato con pagamento diretto	Scoperto 20% Minimo €40,00
		Ticket SSN	nessuna
		Altre strutture o altre forme di pagamento	Scoperto 20% Minimo €70,00
Prestazioni odontoiatriche	Accesso alle tariffe convenzionate tramite il servizio "Dr. Smalto" di cui all'Allegato 2 della Polizza I costi delle prestazioni sono a carico dell'Assicurato	=====	
Prestazioni odontoiatriche, come meglio indicate nel "Tariffario Prestazioni Odontoiatriche" riportato nel Fascicolo Informativo, esclusivamente in relazione a: ➤ Igiene e Prevenzione ➤ Cure di 1° Livello ➤ Cure di 2° Livello	Network convenzionato con pagamento diretto	Come da "Tariffario Prestazioni Odontoiatriche"	Nessuna – fatta salva l'eventuale applicazione dell'art. 32
	Altre strutture odontoiatriche non convenzionate con altre forme di pagamento	Come da "Tariffario Prestazioni Odontoiatriche"	Scoperto 10% – fatta salva l'eventuale applicazione dell'art. 32
	Ticket SSN	nessuno	Nessuna – fatta salva l'eventuale applicazione dell'art. 32
LTC (solo se operante)			
Garanzia per la non autosufficienza	€1.000,00 mensili, con il limite di 5 anni a titolo di rimborso spese forfettario	Nessuna	

FORMULA PLUS

GARANZIE	MASSIMALI/LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIE e SCOPERTI		
OSPEDALIERE				
Surgical Cash - Indennità Interventi chirurgici	Indennità in base alla "Tabella Indennizzo Intervento Chirurgico" riportata all'interno del Fascicolo Informativo	Nessuna		
Indennità giornaliera da ricovero senza intervento chirurgico	€150,00 al giorno con il massimo di 200 gg per annualità assicurativa	1 giorno (esclusi i ricoveri in regime di Day Hospital)		
EXTRAOSPEDALIERE				
Alta Specializzazione	€2.500,00 per annualità assicurativa	Network convenzionato o con pagamento	Scoperto 20%	Minimo €25,00

		diretto		
		Ticket SSN	nessuna	
		Altre strutture o altre forme di pagamento	Scoperto 20%	Minimo €50,00
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio	€2.000,00 per annualità assicurativa	Network convenzionato o con pagamento diretto	Scoperto 20%	Minimo €40,00
		Ticket SSN	nessuna	
		Altre strutture o altre forme di pagamento	Scoperto 20%	Minimo €70,00
Prestazioni odontoiatriche	Accesso alle tariffe convenzionate tramite il servizio "Dr. Smalto" di cui all'Allegato 2 della Polizza I costi delle prestazioni sono a carico dell'Assicurato		=====	
Prestazioni odontoiatriche, come meglio indicate nel "Tariffario Prestazioni Odontoiatriche" riportato nel Fascicolo Informativo, esclusivamente in relazione a: ➤ Igiene e Prevenzione ➤ Cure di 1° Livello ➤ Cure di 2° Livello ➤ *Cure di 3° Livello	Network convenzionato con pagamento diretto	Come da "Tariffario prestazioni Odontoiatriche"	Nessuna – fatta salva l'eventuale applicazione dell'art. 32	
	Ticket SSN	nessuno	Nessuna – fatta salva l'eventuale applicazione dell'art. 32	
	Altre strutture odontoiatriche non convenzionate con altre forme di pagamento *(escluse cure di 3° livello)	Come da "Tariffario Prestazioni Odontoiatriche *(escluse cure di 3° livello)	Scoperto 10% – fatta salva l'eventuale applicazione dell'art. 32	
	*le Cure di 3° livello sono garantite solo se effettuate presso il Network convenzionato (con forma di pagamento diretta) o presso il Servizio Sanitario Nazionale.			
LTC (solo se operante)				
Garanzia per la non autosufficienza	€1.500,00 mensili, con il limite di 5 anni a titolo di rimborso spese forfettario		Nessuna	

NORME LIQUIDATIVE

Art. 42 - Centrale Operativa

Per la gestione e la liquidazione dei sinistri la Società si avvale della seguente Struttura Operativa

Blue Assistance S.p.A., con sede in Via Santa Maria 11 – 10122 Torino

che risponde ai seguenti a seguenti numeri:

dall'Italia: 800 185 026

dall'estero: +39 011 742 56 65

La Struttura Operativa è a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

L'Assicurato nel contattare la Struttura Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) è disponibile nell'Area riservata del sito www.blueassistance.it, ove viene aggiornato in tempo reale.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è inoltre pubblicato sul sito www.veraassicurazioni.it alla Sezione Prodotti – Persona, all'interno dell'apposito spazio dedicato al presente Prodotto Salute Advance.

Art. 43 – Responsabilità

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società e la Struttura Operativa non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dal Network Sanitario Convenzionato.

Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura, Centri diagnostici e Studi odontoiatrici) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Art. 44 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Struttura Operativa quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Struttura Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro.

Successivamente l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della polizza.

L'inadempimento di tale obbligo potrebbe comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

L'Assicurato, nei casi di Forma di Rimborso Indiretta, per la denuncia del sinistro, potrà avvalersi dell'area riservata messa a disposizione dalla Struttura Operativa sul sito www.blueassistance.it, ove avrà la possibilità di caricare autonomamente copia della documentazione medica e di spesa a Sua disposizione.

L'Assicurato deve fornire la documentazione medica sulla natura della patologia che ha dato luogo alla prestazione con la data di insorgenza della malattia o la data dell'infortunio o esiti di esami strumentali o altra documentazione medica utile a determinarne la comparsa. Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal francese e dal tedesco deve essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione restano a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

Sebbene l'Assicurato possa inviare la documentazione medica e fiscale del sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

Ai fini della valutazione del rimborso di tutte le prestazioni coperte dalla presente polizza, erogate sia in forma Diretta che Indiretta, la Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica, esiti di esami strumentali o ogni altra documentazione utile alla corretta valutazione del sinistro.

Art 45 – Pagamenti

Tutti i pagamenti nei confronti dell'Assicurato vengono effettuati a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità giornaliera relativa a ricoveri sostenuti all'estero.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Art. 46 - Forme di Rimborso – Diretta ed Indiretta:

1. Il presente contratto, a seconda della Formula prescelta dal singolo Assicurato, prevede diverse Forme di rimborso **Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e di medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) – Forma Diretta**

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture sanitarie convenzionate e di medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato), attivandosi preventivamente con la Struttura Operativa, la Società paga direttamente alla struttura sanitaria convenzionata le spese indennizzabili a termini di contratto.

Per le prestazioni extra-ricovero è necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguirle in forma diretta contattando telefonicamente la Struttura operativa.

2. **Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e di medici non convenzionati – Forma Indiretta**

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture sanitarie convenzionate e di medici non convenzionati, la Società non provvede al pagamento in forma diretta ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto.

3. Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati – Forma Indiretta

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture sanitarie e medici non convenzionati, la Società rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – Forma Indiretta

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto.

Art. 47 – Forma Diretta - Modalità operative e criteri di liquidazione

L'Assicurato che ritenga di avvalersi di strutture sanitarie convenzionate e di medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato), prima di accedere alla struttura sanitaria e comunque con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi, deve sempre contattare la Struttura Operativa.

La Struttura Operativa, ricevute le informazioni necessarie alla valutazione del sinistro ed esclusivamente se dall'esame della documentazione medica pervenuta il sinistro risulterà indennizzabile a termini di polizza, informerà l'Assicurato e inoltrerà alla Struttura Sanitaria la conferma di autorizzazione ad usufruire delle prestazioni in forma Diretta entro i limiti indicati nel "Modulo di Autorizzazione" che l'Assicurato sarà tenuto a sottoscrivere al momento della accettazione in struttura.

Qualora non sussistessero i presupposti per autorizzare l'assistenza diretta sulla base della sola documentazione medica inoltrata, la Struttura Operativa potrà richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali.

La Società tiene a proprio carico le spese rimborsabili a termini di Polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata da Blue Assistance S.p.A. con le strutture sanitarie ed i medici convenzionati.

Restano a carico dell'Assicurato le Franchigie, gli Scoperti, l'eccedenza dei Limiti di rimborso per prestazione eventualmente previsti in Polizza, nonché le prestazioni e le spese non rientranti fra quelle oggetto della convenzione stipulata da Blue Assistance S.p.A con le strutture sanitarie e medici convenzionati. Restano inoltre a carico dell'Assicurato le prestazioni non indicate o non pertinenti rispetto alla diagnosi indicata da certificato medico e comunicata alla Struttura Operativa all'atto della richiesta di autorizzazione e tutte le prestazioni sanitarie non autorizzate.

Resta inteso che tali prestazioni, solo se oggetto di copertura assicurativa e ritenute rimborsabili a termini di Polizza, saranno rimborsate nelle modalità previste al seguente paragrafo "Forma indiretta - Rimborso all'Assicurato".

Il pagamento che la Società avrà effettuato alle strutture sanitarie e ai medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato), solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte della Struttura Operativa, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione della Società sulla indennizzabilità del sinistro a termini di polizza al ricevimento della documentazione completa.

La Società si riserva la facoltà di rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, nonché di richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate, nella misura in cui, in base alla polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la prestazione garantita.

Qualora da controlli amministrativi successivi, risultasse la mancanza della regolarità amministrativa della polizza o della singola posizione, l'Assicurato dovrà saldare personalmente alla Struttura Sanitaria o al medico convenzionato le spese sostenute anche se precedentemente autorizzate in Forma di Rimborso Diretta.

Art. 48 - Forma Indiretta – Modalità operative e criteri di rimborso

Nei casi di:

1. *Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e di medici non convenzionati*
2. *Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati*
3. *Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale*

la Società effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto previsto dalla Formula prescelta, dietro presentazione, unitamente al modulo di richiesta di rimborso, delle fotocopie delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali accompagnate dalla documentazione medica giustificativa, dalla quale si evinca la data di insorgenza della malattia o dell'infortunio, quale a mero titolo esemplificativo:

- a) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital con o senza intervento chirurgico;
- b) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso garanzie extra ospedaliere la specializzazione del medico deve essere congrua con la patologia certificata;
- c) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- d) esiti di esami clinico strumentali qualora vengano richiesti dalla Società per la valutazione del sinistro;
- e) referto del Pronto Soccorso o altra documentazione oggettiva, in caso di prestazioni a seguito di infortunio;
- f) per le cure dentarie da infortunio, idonea documentazione a supporto: referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie, fotografie o altra documentazione medica o esiti di esami strumentali.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato, beneficiario delle prestazioni: il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Ai fini dell'ottenimento del Rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate dovranno essere accompagnate da prescrizione medica e corredate dalla relativa diagnosi (definizione della patologia o sospetta tale), complete di data di insorgenza della malattia o la data dell'infortunio e altra documentazione sanitaria adeguata alla determinazione della stessa, nonché fatturate da Istituto di cura, da Centro medico o da medico specialista. La specializzazione e la prestazione eseguite dovranno essere congrue con la diagnosi certificata.

La Struttura Operativa si riserva la facoltà di poter sempre richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali.

Art. 49 - Procedura per la liquidazione sinistri Cure Odontoiatriche da malattia - Modalità operative per l'attivazione della copertura odontoiatrica

Per le spese sostenute per cure odontoiatriche l'Assicurato potrà:

1. avvalersi di medici odontoiatri o centri odontoiatrici convenzionati usufruendo del pagamento diretto da parte della Società (Forma diretta);
2. avvalersi di medici odontoiatri o centri odontoiatrici non convenzionati, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (Forma indiretta);
3. utilizzare il *Servizio Sanitario Nazionale* (Forma indiretta).

Secondo quanto di seguito indicato:

1. Utilizzo di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati, attivandosi preventivamente con la Struttura Operativa, la Società paga direttamente le spese indennizzabili a termini di contratto.

2. Utilizzo di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici non convenzionati – ad esclusione delle Cure di 3° livello.

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici non convenzionati, la Società non provvede al pagamento in forma diretta ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto. **Per le cure di 3° livello non è prevista questa modalità a rimborso (Forma Indiretta).**

3. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (Ticket)

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici non convenzionati, la Società non provvede al pagamento in forma diretta ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto.

L'Assicurato in occasione della prima richiesta di rimborso deve inviare alla Struttura Operativa la Scheda Anamnestica circa lo stato della bocca compilato dal medico odontoiatra, insieme alla documentazione di spesa e al modulo di rimborso, a meno che sia stato fornito alla Struttura Operativa insieme al piano di trattamento dal medico odontoiatra convenzionato in caso di Forma di rimborso diretta.

Art. 50 - Procedura per la liquidazione sinistri Cure Odontoiatriche da malattia - Modalità operative nel caso ci si avvalga di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati

Al fine di ottenere la prestazione in assistenza diretta, l'Assicurato deve accedere ai Centri Odontoiatrici Convenzionati esclusivamente tramite la Struttura Operativa, che deve essere contattata con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi.

La Struttura Operativa, ricevuto dal Medico Odontoiatra o dal Centro Odontoiatrico il "Piano di Cure", provvede a comunicare all'Assicurato e al Medico Odontoiatra o Centro Odontoiatrico convenzionato l'esito della valutazione e l'eventuale autorizzazione delle prestazioni assicurate per le quali sarà prevista la forma diretta.

Qualora non fosse possibile autorizzare la Forma Diretta con la sola documentazione medica inoltrata, la Struttura operativa potrà richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali.

In caso di esito negativo l'Assicurato dovrà saldare, a cure effettuate, direttamente al Centro Odontoiatrico convenzionato quanto non autorizzato.

Si precisa che in occasione del primo sinistro, il dentista convenzionato, terminata la visita, procederà alla redazione di una Scheda anamnestica relativa all'Assicurato contenente il quadro sanitario dentario in quel momento e provvederà a trasmetterlo alla Centrale Operativa la quale ne prenderà visione prima di autorizzare le singole prestazioni.

In assenza della Scheda anamnestica la garanzia cure odontoiatriche da malattia non potrà essere attivata.

Al momento della conclusione del "Piano di Cure" l'Assicurato deve sostenere in proprio le spese di sua competenza (prestazioni non contemplate dalla garanzia e/o eventuali eccedenze rispetto al Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico e/o prestazioni non autorizzate).

Il pagamento che la Società avrà effettuato ai Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati, solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte della Struttura Operativa, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione della Società sulla indennizzabilità del sinistro a termini di polizza al ricevimento della documentazione completa.

La Società si riserva la facoltà di rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, nonché di richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate, nella misura in cui, in base alla polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la prestazione garantita.

Qualora il sinistro risultasse non indennizzabile, l'Assicurato dovrà saldare personalmente ai Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati le spese sostenute anche se precedentemente autorizzate.

Art. 51 - Procedura per la liquidazione sinistri Cure Odontoiatriche da malattia - Modalità operative nel caso ci si avvalga di Medici o Centri Odontoiatrici non convenzionati (Forma indiretta) o del Servizio Sanitario Nazionale.

La Società effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione, unitamente al modulo di richiesta di rimborso compilato, firmato e timbrato dal Medico Odontoiatra, delle fotocopie delle relative notule, distinte o ricevute, debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali dettagliate per costo e prestazione.

In occasione del primo sinistro, il Medico Odontoiatra procederà alla redazione di una Scheda anamnestica relativa all'Assicurato contenente il quadro sanitario dentario che dovrà essere inviata alla Società.

In assenza della Scheda anamnestica la garanzia cure odontoiatriche da malattia non potrà essere attivata. In caso di cure odontoiatriche rimborsabili ai sensi dell'art. 28 "Ticket SSN – Extra Ospedaliero" delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato, solo qualora abbia sottoscritto la Formula Young, è esonerato dall'obbligo di presentazione della Scheda anamnestica.

Tutta la documentazione deve essere inoltrata alla Struttura Operativa inviando una pratica per ogni Assicurato e per singola patologia; la Struttura Operativa potrà sempre richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario delle prestazioni: il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Assicurato.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà essere coerente con le cure effettuate.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi le notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi fermo il limite indicato nell'Opzione Assicurativa.

Art. 52 - Modalità operative sinistri per la garanzia di non autosufficienza

L'Assicurato, o le persone che lo assistono, devono dare tempestiva comunicazione del sinistro alla Società e comunque non oltre la data di scadenza della polizza nel caso non venga rinnovata, fornendo ogni notizia e documento medico ad esso relativo quali a mero titolo esemplificativo:

1. richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta dall'Assicurato o da altra persona che lo rappresenti sul modulo di richiesta di rimborso, nella quale siano indicati tutti i dati identificativi dell'Assicurato stesso e della polizza;
2. certificato di esistenza in vita dell'Assicurato redatto in data non antecedente ai 30 giorni la richiesta
3. certificato attestante la perdita di autosufficienza dell'Assicurato e relazione medica con le cause della perdita di autosufficienza rilasciati dal medico curante o dal medico specialista che ha in cura l'Assicurato, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Nel caso in cui i documenti sopra elencati non risultassero sufficienti a verificare l'effettivo stato di non autosufficienza, la Società si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione medica.

La Società si riserva il diritto di demandare ad un medico fiduciario il compito di richiedere ulteriori informazioni al medico curante o ospedaliero ed eventualmente di sottoporre l'Assicurato ad ulteriori accertamenti clinici ritenuti indispensabili, qualora lo ritenesse necessario.

L'indennizzo sarà corrisposto nel caso in cui lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato risulterà confermato e consolidato in maniera definitiva, tale da escludere ragionevolmente la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso.

Una richiesta rifiutata potrà essere esaminata nuovamente alla Società alle seguenti condizioni:

- sia trascorso un intervallo minimo di tempo di 3 mesi dalla risposta di rifiuto della Società;
- siano nuovamente inviati gli accertamenti sanitari; questi ultimi dovranno essere successivi alla data del rifiuto e dovranno giustificare l'aggravamento dello stato di salute.

Anche successivamente al riconoscimento dello stato di non autosufficienza e conseguentemente all'erogazione dell'indennità prevista, la Società potrà sottoporre l'Assicurato ad accertamenti volti a verificare l'effettivo permanere dello stato di non autosufficienza.

La richiesta di rimborso deve essere inoltrata in modalità cartacea alla Struttura Operativa.

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

SURGICAL CASH

Elenco interventi chirurgici ordinati per branca

La presenza di un dato intervento nell'elenco non garantisce automaticamente la sua indennizzabilità, ma occorre fare riferimento alle norme generali di assicurazione.

CARDIOCHIRURGIA

Angioplastica coronarica singola	IV
Bypass aorto coronarico singolo o multiplo	VI
Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti	VI
Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) interventi di, salvo gli interventi descritti	V
Cisti del cuore o del pericardio, asportazione di	V
Commisurotomia per stenosi mitralica	V
Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso	V
Drenaggio pericardico o riapertura per sanguinamento	II
Embolectomia con Fogarty	III
Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per	V
Fistole arterovenose del polmone, interventi per	VI
Pericardiectomia parziale	IV
Pericardiectomia totale	V
Pericardiocentesi	I
Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)	VI
Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)	VII
Trapianto cardiaco	VII
Valvuloplastica chirurgica	VI

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

Ablazione transcateretere	IV
Angioplastica coronarica singola/multipla con o senza applicazione di Stent	IV
Biopsia endomiocardica	II
Cateterismo destro e sinistro, e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	III
Coronarografia circolo nativo + ev. studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	III
Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocatereteri e programmazione elettronica del pace maker (incluso costo del mace maker)	VI
Pace maker, impianto temporaneo e relativo espianto (come unico intervento)	II
Sostituzione generatore pace maker definitivo	II
Studio elettrofisiologico endocavitario	II
Valvuloplastica cardiaca	IV

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

Ascesso mammario, incisione del	I
Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate	V
Mastectomia semplice con eventuale linfadenectomia	IV
Mastectomia sottocutanea	IV
Noduli e/o cisti benigne, asportazione di	II
Posizionamento punto di repere per noduli non palpabili	I
Quadrantectomia con linfadenectomie associate	V
Quadrantectomia senza linfadenectomie associate	IV

CHIRURGIA DELLA MANO

Amputazioni carpali	II
Amputazioni falangee	II
Amputazioni metacarpali	II
Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	III
Artrodesi carpale	IV
Artrodesi metacarpo falangea e/o interfalangea	III
Artroplastica	IV
Artroprotesi carpale	V
Artroprotesi metacarpo falangea e/o interfalangea	V
Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	III
Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	IV
Lesioni tendinee, intervento per	II
Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per	III
Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di Quervain, tenosinoviti	III
Osteotomie (come unico intervento)	III
Pseudoartrosi delle ossa lunghe	III
Pseudoartrosi dello scafoide carpale	III
Retrazioni ischemiche	V
Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia	VI
Rigidità delle dita	III
Sindromi canicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, ect.)	III
Sinovialectomia (come unico intervento)	III
Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	VI

CHIRURGIA DEL COLLO

Ascessi, favi, flemmoni e drenaggio di	I
Biopsia prescalenica	I
Fistola esofago-tracheale, intervento per	V
Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplastiche benigne	III
Ghiandola sottomascellare, asportazione per tumori maligni	IV
Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	IV
Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	IV
Linfoadenectomia sopraclaveare	III
Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico	I
Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle	V
Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	III
Tiroide, lobectomie	IV
Tiroidectomia per gozzo intratoracico sia per via cervicale che per via sternotomica o toracotomia	V
Tiroidectomia subtotale	IV
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale	VI
Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale	V
Tracheotomia, chiusura e plastica	II
Tracheotomia con tracheostomia sia d'urgenza che di elezione	III
Tubo laringo-tracheale, intervento per ferite del	IV
Tumore maligno del collo, asportazione di	IV

CHIRURGIA DELL'ESOFAGO

Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	IV
Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	V
Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfoadenectomia	VI

Esofago, resezione parziale dell'	VI
Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia	VI
Esofagogastroduodenoscopia operativa	II
Esofagogastroplastica-esofagodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)	V
Esofagostomia	III
Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica	IV
Protesi endo-esofagee, collocazione di	II
Stenosi benigne dell'esofago, interventi per	V
Stenosi esofagee, trattamento endoscopico con laser (per seduta)	I
Varici esofagee: emostasi con sonda tamponante o sclero terapia endoscopica	II
Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale	V
CHIRURGIA DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	
Agobiopsia/agoaspirato	I
Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	VI
Biopsia epatica (come unico intervento)	II
Calcolosi intraepatica, intervento per	V
Cisti o ascessi epatici da echinococco, pericistectomia	V
Colecistectomia	IV
Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia	IV
Colecistectomia per neoplasie non resecabili	IV
Coledoco-epatico-digiuno/duodenostomia con o senza colecistectomia	V
Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)	V
Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia	IV
Deconnessione azygos-portale per via addominale	V
Drenaggio bilio-digestivo intraepatico	IV
Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica	II
Litotripsia per calcoli delle vie biliari principale ed accessoria (trattamento completo)	V
Papilla di Vater, exeresi	IV
Papillostomia, per via transduodenale (come unico intervento)	IV
Papillotomia, per via endoscopica	III
Resezioni epatiche maggiori	VI
Resezioni epatiche minori	V
Trapianto di fegato	VII
Vie biliari, interventi palliativi	V
CHIRURGIA DELL'INTESTINO	
Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	IV
Appendicectomia con peritonite diffusa	IV
Appendicectomia semplice	III
Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	III
Ascesso perianale, intervento per	III
By-pass gastro-intestinali o intestinali per patologie maligne	VI
By-pass intestinali per il trattamento obesità patologica	V
Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per	III
Colectomia segmentaria	V
Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia	V
Colectomia totale	V
Colectomia totale con linfadenectomia	VI
Colectomia con colorrafia (come unico intervento)	IV
Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	III
Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)	IV
Corpi estranei dal retto, estrazione per via addominale di	IV
Corpi estranei, estrazione con sfinterotomia di	II
Digiunostomia (come unico intervento)	III
Diverticoli di Meckel, resezione di	III

Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	III
Emicolectomia destra con linfadenectomia	V
Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Emorroidi e/o ragadi, crio-chirurgia (trattamento completo)	II
Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per	III
Emorroidi e/o ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
Emorroidi, intervento chirurgico radicale	III
Emorroidi, legatura elastica delle (trattamento completo)	II
Enterostomia (come unico intervento)	IV
Fistola anale extrasfinterica	III
Fistola anale intrasfinterica	II
Fistole anali, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
Hartmann, intervento di	VI
Ileostomia (come unico intervento)	IV
Incontinenza anale, intervento per	IV
Intestino, resezione dell'	V
Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	IV
Megacolon: colostomia	III
Mikulicz, estrinsecazione sec.	III
Pan-colonscopia operativa	II
Polipectomia per via laparoscopica	III
Polipo rettale, asportazione di	II
Procto-colectomia totale con pouch ileale	VI
Prolasso rettale, intervento transanale per	III
Prolasso rettale, per via addominale, intervento per	IV
Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	III
Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, con linfadenectomia inguinale bilaterale	VI
Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del	VI
Rettosigmoidoscopia operativa	I
Sfinterotomia (come unico intervento)	I
Sigma, miotomia del	V
Tumore del retto, asportazione per via sacrale di	V
Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per	V
CHIRURGIA DEL PANCREAS	
Agobiopsia/agoaspirato pancreas	I
Ascessi pancreatici, drenaggio di	III
Biopsia (come unico intervento)	II
Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	V
Derivazione pancreatico-Wirsung digestive	V
Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia	VI
Fistola pancreatica, intervento per	VI
Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)	V
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	VI
Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia	VI
Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)	VI
Pancreatite acuta, interventi conservativi	V
Pancreatite acuta, interventi demolitivi	VI
Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	V
Splenectomia	V
Trapianto del pancreas	VII
CHIRURGIA DELLA PARETE ADDOMINALE	
Cisti, ematomi, ascessi, flemmoni parete addominale	I
Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per	III

Ernia crurale semplice o recidiva	II
Ernia crurale strozzata	III
Ernia diaframmatica	V
Ernia epigastrica semplice, strozzata o recidiva	III
Ernia inguinale con ectopia testicolare	III
Ernia inguinale semplice, strozzata o recidiva	III
Ernia ombelicale semplice o recidiva	III
Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perineale)	IV
Laparocele, intervento per	IV
Linfoadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	IV
Linfoadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	III
Tumore maligno della parete addominale, asportazione di	III
CHIRURGIA DEL PERITONEO	
Ascesso del Douglas, drenaggio	III
Ascesso sub-frenico, drenaggio	IV
Laparoscopia esplorativa/diagnostica/operativa	II
Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi	V
Laparotomia con resezione intestinale	V
Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili	IV
Laparotomia per contusioni e ferite all'addome senza lesioni di organi interni	IV
Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedano exeresi	V
Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	V
Laparotomia per peritonite diffusa	IV
Laparotomia per peritonite saccata	IV
Laparotomia semplice (esplorativa e/o lisi aderenze)	IV
Lavaggio peritoneale diagnostico	I
Occlusione intestinale con resezione	V
Occlusione intestinale senza resezione	IV
Paracentesi	I
Tumore retroperitoneale, exeresi di	V
CHIRURGIA PICCOLI INTERVENTI	
Accesso periferico per posizionamento di catetere venoso	I
Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo casi descritti	I
Ascesso o flemmone diffuso, sottoaponeurotico, superficiale o circoscritto incisione di	I
Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti	I
Cisti sinoviale, asportazione radicale di	I
Cisti tronco/arti, asportazione di	I
Corpo estraneo superficiale o profondo extracavitario, estrazione di	I
Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del	I
Ematoma superficiale, profondi extracavitari svuotamento di	I
Espianto di catetere peritoneale	I
Ferita superficiale o profonda della faccia, sutura di	I
Ferita superficiale o profonda, sutura di	I
Fistola artero-venosa periferica, preparazione di	I
Impianto chirurgico di catetere peritoneale	I
Patereccio superficiale, profondo o osseo, intervento per	II
Posizionamento percutaneo di catetere venoso centrale (come unica prestazione)	I
Tumore profondo extracavitario, asportazione di	II
Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di	II
Tumore superficiale o sottocutaneo benigno, asportazione di	I
Unghia incarnita, asportazione o cura radicale di	I
CHIRURGIA DELLO STOMACO	
Dumping syndrome, interventi di riconversione per	V
Ernia jatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)	IV
Fistola gastro-digiuno colica, intervento per	VI
Gastrectomia totale con linfoadenectomia	VI

Gastrectomia totale per patologia benigna	V
Gastro-enterostomia per neoplasie non resecabili	IV
Gastrostomia (PEG)	III
Piloroplastica (come unico intervento)	IV
Resezione gastro-duodenale	V
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	V
Vagotomia selettiva, troncolare con piloroplastica	V
Vagotomia superselettiva	V
CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE	
Calcolo salivare, asportazione di	II
Cisti del mascellare, operazione per	II
Cisti, mucose, piccole neoplasie benigne: della lingua o delle guance o del labbro o del pavimento orale (asportazione di)	I
Condilectomia (come unico intervento)	III
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale	V
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale	IV
Corpi estranei profondi dei tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di	II
Fissazione con ferule di elementi dentali lussati (per arcata)	I
Fistola del dotto di Stenone, intervento per	II
Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle	III
Formazioni cistiche endoparotidiche, enucleoresezione di	IV
Fornice gengivale superiore o inferiore, plastica del	II
Fossa pterigo-mascellare, chirurgia della	VI
Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	IV
Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle	IV
Fratture mandibolari, riduzione con ferule	II
Frenulotomia con frenuloplastica superiore ed inferiore	I
Linfoangioma cistico del collo, intervento per	IV
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare	V
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale	VI
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	IV
Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia	II
Lussazione mandibolare, terapia chirurgica per	III
Mandibola, resezione parziale per neoplasia della	V
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del	V
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	VI
Meniscectomia dell'articolazione temporo-mandibolare (come unico intervento)	III
Neoformazione endossea di grandi dimensioni exeresi di	III
Neoformazione endossee di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, torus palatino e mandibolare) exeresi di	II
Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	V
Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	III
Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di	II
Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di	I
Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per	V
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per	IV
Parotidectomia parziale o totale	V

Plastica di fistola palatina	III
Plastiche mucose per comunicazioni oro-antrali	II
Ranula, asportazione di	II
Ricostruzione con innesti ossei, con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	V
Scappucciamento osteo-mucoso dente semincluso	I
Seno mascellare, apertura per processo alveolare	II
Tumori benigni o misti della parotide, enucleazione di	IV
CHIRURGIA PEDIATRICA	
Asportazione tumore di Wilms	VI
Cefaloematoma, aspirazione di	I
Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene) intervento per	VI
Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale	V
Granuloma ombelicale, cauterizzazione	I
Neuroblastoma addominale, endotoracico o pelvico	VI
Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)	VI
Occlusione intestinale del neonato, con o senza resezione intestinale	V
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice	III
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva	VI
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz	VI
Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del	V
Retto, prolasso con cerchiaggio anale del	II
Retto, prolasso con operazione addominale del	V
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	
Allestimento di lembo peduncolato	II
Angiomi del viso di grandi dimensioni (oltre cm. 4), intervento per	III
Angiomi del viso di piccole dimensioni (meno di cm. 4), intervento per	II
Angiomi di tronco e arti di grandi dimensioni (oltre cm. 7), intervento per	II
Angiomi di tronco e arti di piccole/medie dimensioni (meno di cm. 7), intervento per	I
Cheloidi di grandi dimensioni, asportazione di	II
Cheloidi di piccole dimensioni, asportazione di	I
Cicatrici del viso, del tronco o degli arti, qualsiasi dimensione, correzione di	II
Innesti composti	II
Innesto dermo epidermico o dermo adiposo o cutaneo libero o di mucosa	II
Innesto di fascia lata	II
Innesto di nervo, di tendine, osseo o cartilagineo	III
Intervento di push-back e faringoplastica	IV
Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva delle	III
Modellamento di lembo in situ	II
Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	III
Plastica a Z del volto o altra sede	II
Plastica V/Y, Y/V	II
Retrazione cicatriziale delle dita con innesto	IV
Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto	III
Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	V
Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale	IV
Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea	III
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	III
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	II
Riparazione di P.S.C. con lembo fasciocutaneo	III
Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo	IV
Riparazione di P.S.C. o di esiti cicatriziali mediante espansione tissutale	III
Toilette di ustioni di grandi dimensioni (prestazione ambulatoriale)	I
Toilette di ustioni di piccole dimensioni (prestazione ambulatoriale)	I
Trasferimento di lembo libero microvascolare	V

Trasferimento di lembo peduncolato	II
Tumori maligni profondi del viso, asportazione di	III
Tumori maligni superficiali del viso, intervento per	II
Tumori superficiali o cisti benigne del viso, intervento per	I
CHIRURGIA TORACO-POLMONARE	
Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa	I
Ascessi, interventi per	IV
Bilobectomie, intervento di	VI
Biopsia laterocervicale	I
Biopsia sopraclavare	I
Broncoinstillazione endoscopica	II
Cisti (echinococco od altre), asportazione di	V
Decorticazione pleuro-polmonare, intervento di	V
Drenaggi di mediastiniti acute o croniche o di ascessi	II
Drenaggio cavità empiematiche	II
Drenaggio pleurico per emo e/o pneumotorace traumatico	II
Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	I
Enfisema bolloso, trattamento chirurgico	IV
Ernie diaframmatiche traumatiche	V
Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	V
Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	III
Ferite con lesioni viscerali del torace	V
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	VI
Fistole esofago bronchiali, interventi di	VI
Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	III
Lavaggio bronco-alveolare endoscopico	I
Lavaggio pleurico	I
Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)	V
Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	IV
Mediastinoscopia diagnostica o operativa	II
Mediastinoscopia soprasternale per enfisema mediastinico	II
Neoformazioni costali localizzate	II
Neoformazioni del diaframma	IV
Neoformazioni della trachea	III
Neoplasie maligne coste e/o sterno	IV
Neoplasie maligne della trachea	VI
Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino	VI
Pleurectomie	V
Pleuropneumonectomia	VI
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	III
Pneumonectomia, intervento di	VI
Pneumotorace terapeutico	I
Puntato sternale o midollare	I
Puntura esplorativa del polmone	I
Relaxatio diaframmatica	V
Resezione bronchiale con reimpianto	VI
Resezione di costa soprannumeraria	V
Resezione segmentaria o lobectomia	V
Resezioni segmentarie tipiche o atipiche	V
Sindromi stretto toracico superiore	V
Timectomia	V
Toracentesi	I
Toracoplastica, primo tempo	V

Toracoplastica, secondo tempo	III
Toracosopia	II
Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	IV
Tracheo-broncoscopia esplorativa	II
Tracheo-broncoscopia operativa	III
Trapianto di polmone	VII

CHIRURGIA VASCOLARE

Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto	VI
Aneurismi arterie distali degli arti	IV
Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronco sovraortici	V
Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	V
By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale	V
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavia	V
By-pass arterie periferiche:femorale-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo	V
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	V
Fasciotomia decompressiva	IV
Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	I
Legatura e/o sutura di grossi vasi:aorta-cava-iliaca	II
Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omerale-mammaria interna-brachiale-ascellare-glutea-carotide-vertebrale-succlavia-anonima	IV
Legatura e/o sutura di piccoli vasi: tibiali-linguale-tiroidea-mascellare-temporale-facciale-radiale-cubitali-arcate palmari/pedidie	II
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche (CHIVA)	III
Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	III
Tromboendarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale	VI
Tromboendarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendarteriectomia e plastica arteria femorale	V
Tromboendarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Varicectomia con o senza legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	II

CHIRURGIA DERMATOLOGICA, CRIOTERAPIA, LASER

Asportazione con LASER di tumori benigni cutanei o delle mucose esclusi quelli del viso (unica seduta)	I
Asportazione con LASER di tumori benigni del viso (unica seduta)	I
Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni (per seduta)	I
Trattamento mediante LASER di alterazioni cutanee virali (condilomi, etc.) (per seduta)	I
Trattamento mediante LASER di tumori maligni cutanei (trattamento completo)	I

GASTROENTEROLOGIA

Biopsia digiunale sotto scopia con capsula a suzione	I
--	---

GINECOLOGIA

Adesiolisi	IV
Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde	I
Annessiectomia bilaterale, interventi conservativi di	V
Annessiectomia bilaterale, interventi demolitivi di	V
Annessiectomia monolaterale, interventi conservativi di	IV
Annessiectomia monolaterale, interventi demolitivi di	IV
Ascessi delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di	I
Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di	III

Ascesso pelvico, trattamento chirurgico	II
Biopsia della portio, vulva, vagina, endometrio	I
Cisti della ghiandola del Bartolini, asportazione di	III
Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	IV
Cisti vaginale, asportazione di	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	III
Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purulente	II
Conizzazione e tracheloplastica	III
Denervazione vulvare	II
Diatermocoagulazione della portio uterina o vulva	I
Dilatazione del collo e applicazione di tubetto di Petit-Leufour endouterino	I
Eviscerazione pelvica	VI
Fistole uterili, vescico-vaginale, retto-vaginale, intervento per	V
Incontinenza uterina, intervento per via vaginale o addominale	V
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con o senza linfadenectomia	V
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparoscopica o per via vaginale, intervento di	IV
Isteropessi	IV
Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsie (come unico esame)	I
Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per	III
Isteroscopia operativa: corpi estranei, rimozione di	I
Isteroscopia operativa: sinechie-setti-fibromi-polipi, intervento per	II
Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie	II
Laparotomia esplorativa (come unico intervento)	II
Laparotomia esplorativa con linfadenectomia lombo pelvica selettiva e bioptica	V
Laparotomia per ferite e rotture dell'utero	V
Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta)	I
Linfadenectomia laparoscopica (come unico intervento)	IV
Metroplastica (come unico intervento)	IV
Miomectomie per via laparoscopica e ricostruzione plastica dell'utero	IV
Miomectomie per via vaginale	III
Neoformazioni della vulva, asportazione	I
Neurectomia semplice	IV
Plastica con allargamento dell'introito (compreso intervento per vaginismo)	III
Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di	IV
Plastica vaginale anteriore o posteriore, intervento di	III
Polipi cervicali, asportazione di	I
Polipi orifizio uretrale esterno	I
Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addomianle o vaginale	IV
Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di	II
Raschiamento endouterino diagnostico e terapeutico	II
Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	IV
Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale	III
Salpingectomia bilaterale	IV
Salpingectomia monolaterale	IV
Salpingoplastica	V
Setto vaginale, asportazione chirurgica	II
Tracheloplastica (come unico intervento)	II
Trattamento chirurgico conservativo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	V
Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico conservativo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV

Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometrioidiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometrioidiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per	V
Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per	IV
V.A.B.R.A. a scopo diagnostico	I
Vulvectomy parziale	III
Vulvectomy parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	IV
Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	VI
Vulvectomy semplice (locale o cutanea), intervento di	IV
Vulvectomy totale	IV

OSTETRICIA

Aborto terapeutico	II
Amniocentesi	II
Assistenza al parto con taglio cesareo conservativo o demolitivo (comprensiva della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero)	IV
Biopsia villi coriali	II
Cerchiaggio cervicale	II
Colpoperineorrafia per deiscenza sutura, intervento di	I
Cordocentesi	II
Fetoscopia	II
Lacerazione cervicale, sutura di	I
Laparotomia esplorativa	II
Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore	V
Mastite puerperale, trattamento chirurgico	I
Revisione delle vie del parto, intervento per	II
Revisione di cavità uterina per aborto in atto-postabortivo-in puerperio, intervento	II
Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica, intervento di	IV

NEUROCHIRURGIA

Anastomosi vasi intra-extra cranici	VI
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per	VI
Carotide endocranica, legatura della	V
Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni	VI
Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolarie varie, interventi di	VI
Corpo estraneo intracranico, asportazione di	VI
Cranioplastica	VI
Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo	V
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali o ematoma extradurale	VI
Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	VII
Deviazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per	VI
Epilessia focale, intervento per	VI
Ernia del disco dorsale o lombare	IV
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica	V
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	IV
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	V
Fistola liquorale	VI
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	V
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	VI
Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	VI
Gangliectomia lombare o splancnicectomia	V
Ipfisi, intervento per via transfenoidale	VI

Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali	V
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari	VI
Laminectomia per tumori intramidollari	VI
Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di	VII
Neoplasie endorachidee, asportazione di	V
Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	VI
Neurolisi (come unico intervento)	III
Neurorrafia primaria (come unico intervento)	III
Neurotomia retrogasseriana, sezione entracranica di altri nervi (come unico intervento)	VI
Neurotomia semplice (come unico intervento)	III
Plastica volta cranica	VI
Plesso brachiale, intervento sul	V
Puntura sottoccipitale per prelievo liquore o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto	I
Registrazione continua della pressione intracranica	I
Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche	VI
Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica (compresa eventuale plastica)	VI
Simpatico cervicale: denervazione del seno catotideo, intervento sul	IV
Simpatico cervicale gangliectomia, intervento sul	IV
Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul	IV
Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul	IV
Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi slancnici	V
Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul	IV
Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul	IV
Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul	III
Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul	IV
Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul	IV
Simpatico lombare: splancnicectomia, intervento sul	IV
Stenosi vertebrale lombare	V
Stereotassi, intervento di	V
Strappamenti e blocchi di tronchi periterici del trigemino e di altri nervi cranici	III
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili	VII
Termorizotomia del trigemino o di altri nervi cranici	IV
Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare	III
Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)	IV
Traumi vertebro-midollari via anteriore o posteriore, intervento per	VI
Tumori orbitali, asportazione per via endocranica	VII
Tumori dei nervi periferici, asportazione di	V
Tumori della base cranica, intervento per via transorale	VII
Tumori orbitali, intervento per	VI

OCULISTICA

BULBO OCULARE

Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	III
Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	V
Enucleazione con innesto protesi mobile	IV
Enucleazione o exenteratio	III
Eviscerazione con impianto intraoculare	IV

CONGIUNTIVA

Corpi estranei, asportazione di	I
Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto	II
Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento	II
Piccole cisti, sutura con innesto placentare	I
Plastica congiuntivale per innesto o scorrimento	II

Pterigio o pinguecola	I
Sutura di ferita congiuntivale	I
CORNEA	
Cheratomileusi	III
Cheratoplastica a tutto spessore	IV
Cheratoplastica lamellare	III
Cheratoplastica refrattiva (escluse finalità estetiche)	II
Corpi estranei dalla cornea (estrazione di)	I
Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	III
Epicheratoplastica	IV
Lenticolo biologico, apposizione a scopo terapeutico	I
Odontocheratoprotesi (trattamento completo)	IV
Paracentesi della camera anteriore	I
Sutura corneale (come unico intervento)	I
Trapianto corneale a tutto spessore	VI
Trapianto corneale lamellare	V
CRISTALLINO	
Aspirazione di masse catarattose (come unico intervento)	III
Cataratta (senile, traumatica, patologica, complicata), estrazione di	III
Cataratta congenita o traumatica, discissione di	II
Cataratta molle, intervento per	III
Cataratta secondaria, discissione di	I
Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	III
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera anteriore	II
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore	III
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera anteriore (come unico intervento)	II
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento)	III
Cristallino lussato-cataratta complicata, estrazione di	III
Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala)	III
Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	III
IRIDE	
Cisti iridee, asportazione e plastica di	II
Iridectomia	II
Irido-dialisi, intervento per	II
Iridoplastica	II
Iridotomia	II
Prolasso irideo, riduzione	II
Sinechiotomia	II
Sutura dell'iride	II
MUSCOLI	
Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento di	II
Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento di	III
Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche)	III
Strabismo paralitico, intervento per	III
INTERVENTI PER GLAUCOMA	
Alcolizzazione nervo cigliare, intervento per	I
Ciclodialisi	III
Ciclodiatomia perforante	II
Goniotomia	III
Idrocicloretrazione	IV
Microchirurgia dell'angolo camerulare	IV
Operazione fistolizzante	IV
Trabeculectomia	IV
Trabeculectomia + asportazione cataratta - intervento combinato	IV

Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale - intervento combinato	V
Trabeculotomia	III
ORBITA	
Biopsia orbitaria	II
Cavità orbitaria, plastica per	III
Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	III
Corpi estranei endoorbitali, asportazione di	II
Exenteratio orbitale	IV
Iniezione endorbitale	I
Operazione di Kronlein od orbitotomia	VI
Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	III
PALPEBRE	
Ascesso palpebrale, incisione di	I
Blefarocalasi o traumi o ferite, intervento di blefaroplastica: 1 palpebra	II
Calazio	II
Cantoplastica	II
Entropion-ectropion	II
Epicanto-coloboma	II
Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: 1 palpebra (escluse finalità estetiche)	I
Ernie palpebrali, correzione di (escluse finalità estetiche)	I
Piccoli tumori o cisti, asportazione di	I
Riapertura di anchiloblefaron	I
Sutura cute palpebrale (come unico intervento)	I
Sutura per ferite a tutto spessore (come unico intervento)	I
Tarsorrafia (come unico intervento)	I
Tumori, asportazione con plastica per innesto	III
Tumori, asportazione con plastica per scorrimento	II
RETINA	
Asportazione, cerchiaggio, rimozione materiali usati durante l'intervento di distacco	II
Diatermocoagulazione retinica per distacco	III
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	IV
Vitrectomia anteriore e posteriore	V
SCLERA	
Sclerectomia (come unico intervento)	IV
Sutura sclerale	II
SOPRACCIGLIO	
Cisti o corpi estranei, asportazione di	I
Elevazione del sopracciglio, intervento per	II
Plastica per innesto o per scorrimento	II
Sutura ferite	I
TRATTAMENTI LASER	
Laserchirurgia della cornea a scopo terapeutico o ottico (escluse finalità estetiche)	II
Laserterapia degli annessi, della congiuntiva, dei neovasicorneali	I
Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze	I
Laserterapia delle vasculopatie e/o malformazioni retiniche /a seduta)	I
Laserterapia iridea	I
Laserterapia lesioni retiniche	I
Laserterapia nella retinopatia diabetica (per seduta)	I
Trattamenti laser per cataratta secondaria	I
VIE LACRIMALI	
Chiusura del puntino lacrimale (compresa eventuale protesi)	I
Dicriocistorinostomia o intubazione	III

Fistola, asportazione	I
Flemmone, incisione di (come unico intervento)	I
Impianto tubi di silicone nelle stenosi delle vie lacrimali	I
Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del	II
Sacco lacrimale, incisione di (come unico intervento)	I
Stricturotomia (come unico intervento)	I
Vie lacrimali, ricostruzione	III

ORTOPEDIA - INTERVENTI CRUENTI

Acromioplastica anteriore	IV
Agoaspirato osseo	I
Alluce valgo correzione di	III
Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	V
Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)	IV
Amputazione medi segmenti (trattamento completo)	III
Amputazione piccoli segmenti (trattamento completo)	II
Artrodesi vertebrale per via anteriore e/o posteriore	VI
Artrodesi: grandi articolazioni	IV
Artrodesi: medie articolazioni	II
Artrodesi: piccole articolazioni	II
Artroli: grandi	III
Artroli: medie	II
Artroli: piccole	II
Artroplastiche con materiale biologico: grandi	V
Artroplastiche con materiale biologico: medie	III
Artroplastiche con materiale biologico: piccole	II
Artroprotesi polso	V
Artroprotesi spalla, parziale	VI
Artroprotesi spalla, totale	VI
Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)	VI
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)	VI
Artroprotesi: ginocchio	VI
Artroprotesi: gomito, tibiotarsica	VI
Artroscopia diagnostica (come unico intervento)	II
Ascesso freddo, drenaggio di	I
Biopsia articolare o ossea	I
Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali	III
Biopsia vertebrale a cielo aperto	II
Borsectomia	II
Calcaneo stop	III
Chemonucleolisi per ernia discale	IV
Cisti meniscali, asportazione di	III
Condylectomia	I
Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	III
Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per	V
Costruzione di monconi cinematici	IV
Disarticolazione interscapolo toracica	VI
Disarticolazioni, grandi	VI
Disarticolazioni, medie	V
Disarticolazioni, piccole	III
Elsmie-Trillat, intervento di	III
Emipelvectomia	VI
Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto	VI
Epifisiodesi	IV
Ernia del disco dorsale o lombare	IV
Ernia del disco dorsale per via transtoracica	V

Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	IV
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	V
Esostosi semplice, asportazione di	II
Frattura esposta, pulizia chirurgica di	II
Lateral release	I
Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	IV
Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di	IV
Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia)	IV
Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per	IV
Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	III
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili (trattamento completo)	IV
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili + condroabrasione (trattamento completo)	IV
Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)	III
Midollo osseo, espianto di	II
Neurinomi, trattamento chirurgico di	III
Nucleoaspirazione e/o nucleolisi lombare	IV
Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	IV
Osteosintesi vertebrale	VI
Osteosintesi: grandi segmenti	V
Osteosintesi: medi segmenti	IV
Osteosintesi: piccoli segmenti	III
Osteotomia semplice o complessa (bacino, vertebrale, ect.)	III
Perforazione alla Boeck	I
Prelievo di trapianto osseo con innesto	III
Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	V
Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	IV
Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	III
Puntato tibiale o iliaco	I
Radio distale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	V
Reimpianti di arto o suo segmento	VII
Resezione articolare	IV
Resezione del sacro	V
Riallineamento metatarsale	IV
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale	VI
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni	IV
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di medie e piccole articolazioni	II
Rimozione mezzi di sintesi	III
Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione	IV
Scapulopessi	IV
Scoliosi, intervento per	VI
Sinoviectomia grandi e medie articolazioni (come unico intervento)	VI
Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)	II
Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg	VI
Stenosi vertebrale lombare	V
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento	V
Tetto cotiloideo, ricostruzione di	V
Toilette chirurgica e piccole suture	I
Traslazione muscoli cuffia rotatori della spalla	IV
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	V
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	IV
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di	II
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di	VI
Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)	VI

Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche di	V
ORTOPEDIA - TENDINI, MUSCOLI, FASCE	
Biopsia muscolare	I
Deformità ad asola	IV
Dito a martello	II
Gangli tendinei (cisti) e/o iatrogeni, asportazione di	II
Tenolisi (come unico intervento)	II
Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	III
Tenorrafia complessa	III
Tenorrafia semplice	II
Tenotomia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)	III
Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	IV
ORL	
FARINGE - CAVO ORALE - OROFARINGE - GHIANDOLE SALIVARI	
Ascesso peritonsillare, retrofaringeo o latero faringeo, incisione di	I
Leucoplachia, asportazione	I
Neoplasie parafaringee	V
Tonsillectomia	III
Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di	II
Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	IV
Ugulotomia	I
Velofaringoplastica	IV
NASO E SENI PARANASALI	
Adenoidectomia	II
Adenotonsillectomia	III
Cateterismo seno frontale	I
Cisti o piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di	I
Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	III
Ematoma, ascesso del setto, drenaggio di	I
Etmoide, svuotamento radicale bilaterale	IV
Etmoide, svuotamento radicale monolaterale	III
Fistole oro-antrali	I
Fratture delle ossa nasali, riduzione di	I
Ozena, cura chirurgica dell'	II
Polipi nasali o coanali, asportazione semplice di	I
Rinofima, intervento	II
Rinosettoplastica con innesti liberi di osso	V
Rino-Settoplastica ricostruttive o funzionali (escluse finalità estetiche). Compresa turbinotomia	III
Rino-Settoplastica, revisione di	II
Seni paranasali, intervento per mucocele	IV
Seni paranasali, intervento radicale mono o bilaterale	V
Seno frontale, svuotamento per via nasale o esterna	II
Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale	III
Seno mascellare, svuotamento radicale monolaterale	II
Seno sfenoidale, apertura per via transnasale	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare conservativa con turbinotomie funzionali	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo o secondo grado monolaterale allargata	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di terzo grado monolaterale allargata	V
Sinechie nasali, recisione di	I
Speroni o creste del setto, asportazione di	I

Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	III
Tumori maligni del naso e dei seni paranasali, asportazione di	VI
Turbinati inferiori, svuotamento funzionale (come unico intervento)	I
Turbinati, cauterizzazione dei (come unico intervento)	I
Turbinotomia (come unico intervento)	II
Varici del setto, trattamento di	I
ORECCHIO	
Antro-atticotomia con labirintectomia	VI
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica	VI
Ascesso del condotto, incisione di	I
Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidica	VI
Corpi estranei, asportazione per via chirurgica retroauricolare	I
Drenaggio transtimpanico	I
Ematoma del padiglione, incisione di	I
Fistole congenite, asportazione di	II
Mastoidectomia	IV
Mastoidectomia radicale	V
Miringoplastica per via endoaurale	III
Miringoplastica per via retroauricolare	IV
Miringotomia (come unico intervento)	I
Neoplasia del padiglione, exeresi di	II
Neoplasie del condotto, exeresi di	II
Nervo vestibolare, sezione del	VI
Neurinoma dell'ottavo paio asportazione di	VI
Osteomi del condotto, asportazione di	II
Petrosectomia	VI
Petrositi suppurate, trattamento delle	V
Polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, asportazione di	I
Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	V
Sacco endolinfatico, chirurgia del	V
Stapedectomia	V
Stapedotomia	V
Timpanoplastica con o senza mastoidectomia	V
Timpanoplastica secondo tempo di	III
Timpanotomia esplorativa	II
Tumori dell'orecchio medio, asportazione di	V
LARINGE E IPOFARINGE	
Adduttori, intervento per paralisi degli	V
Ascesso dell'epiglottide, incisione	I
Biopsia in laringoscopia	I
Biopsia in microlaringoscopia	I
Cauterizzazione endolaringea	I
Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	III
Cordectomia (anche laser)	V
Corpi estranei, asportazione in laringoscopia	I
Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	IV
Laringectomia parziale	V
Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	VI
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale	VI
Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	V
Laringocele	IV
Laringofaringectomia totale	VI
Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia	II
Neoformazioni benigne, asportazione in microlaringoscopia	II

Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	II
Nervo laringeo superiore, alcoolizzazione del	I
Papilloma laringeo	II
Pericondrite ed ascesso perifaringeo	II
UROLOGIA	
ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA	
Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento)	II
Cistoscopia ed eventuale biopsia	II
Cromocistoscopia e cateterismo uretrale mono o bilaterale	I
Cromocistoscopia e valutazione funzionale	I
Ureteroscopia (omnicomprensiva)	I
Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico)	I
ENDOSCOPIA OPERATIVA	
Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	III
Collo vescicale o prostata, resezione endoscopica del	IV
Collo vescicale, resezione per sclerosi, recidiva	II
Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di	II
Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali - per seduta	I
Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	IV
Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, etc.	IV
Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	III
Meatotomia ureterale (come unico intervento)	I
Meatotomia uretrale (come unico intervento)	I
Nefrostomia percutanea bilaterale	III
Nefrostomia percutanea monolaterale	II
Neoformazioni ureterali, resezione endoscopica di	III
Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	IV
Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVF)	IV
Reflusso vescico-ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	III
Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento)	II
Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento)	I
Ureterocele, intervento endoscopico per	III
Uretrotomia endoscopica	II
Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento)	II
Wall Stent per stenosi ureterali compresa nefrostomia	V
Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume)	II
PICCOLI INTERVENTI E DIAGNOSTICA UROLOGICA	
Cambio tubo cistostomico	I
Cambio tubo pielostomico	I
PROSTATA	
Agoaspirato/agobiopsia prostata	I
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)	VI
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	IV
RENE	
Agobiopsia renale percutanea	I
Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)	III
Cisti renale per via percutanea, puntura di	I
Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti	I
Cisti renale, resezione	III
Eminefrectomia	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale bilaterale (trattamento completo)	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale monolaterale (trattamento completo)	IV
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale bilaterale (trattamento completo)	V

Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
Lombotomia per ascessi pararenali	IV
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)	VI
Nefrectomia polare	V
Nefrectomia semplice	V
Nefropessi	IV
Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento)	IV
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	VI
Nefroureterectomia radicale più trattamento per trombo cavale (compresa surrenectomia)	VI
Pielocalicolitotomia (come unico intervento)	IV
Pielocentesi (come unico intervento)	I
Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalente), intervento di	V
Pieloureteroplastica per stenosi del giunto	V
Surrenectomia (trattamento completo)	VI
Trapianto del rene	VII
URETERE	
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
Transuretero-uretero-anastomosi	IV
Uretero-ileo-anastomosi mono o bilaterale	V
Ureterocistoneostomia bilaterale	V
Ureterocistoneostomia monolaterale	III
Ureterocutaneostomia bilaterale	V
Ureterocutaneostomia monolaterale	IV
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (mono o bilaterale), intervento di	VI
Ureteroileocutaneostomia non continente	V
Ureterolisi più omentoplastica	III
Ureterolitotomia lombo-iliaca	IV
Ureterolitotomia pelvica	V
Ureterosigmoidostomia mono o bilaterale	V
Calcoli o corpi estranei uretrali, rimozione di	I
Caruncola uretrale	I
Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per	II
Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell'uretra	III
Fistole uretrali	V
Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	IV
Meatotomia e meatoplastica	II
Polipi del meato, coagulazione di	I
Prolasso mucoso uretrale	II
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	IV
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	V
Rottura traumatica dell'uretra	IV
Uretrectomia totale	IV
Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	IV
Uretroplastiche (lembi liberi o peduncolati), trattamento completo	V
Uretrostomia perineale	III
VESCICA	
Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	III
Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	V
Cistectomia parziale semplice	IV
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	VI

Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	VI
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	VI
Cistolitotomia (come unico intervento)	II
Cistopessi	III
Cistorrafia per rottura traumatica	III
Cistostomia sovrapubica	II
Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	V
Diverticulectomia	IV
Estrofia vescicale (trattamento completo)	VI
Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per	IV
Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento)	III
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per	VI
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	V
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	V
Vescicoplastica antireflusso	V

APPARATO GENITALE MASCHILE

Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)	I
Biopsia testicolare mono o bilaterale	I
Cisti del testicolo o dell'epididimo, exeresi	II
Deferenti, legatura dei (per patologie croniche)	II
Deferenti, ricanalizzazione dei	IV
Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia	V
Epididimectomia	III
Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per	II
Fistole scrotali o inguinali	III
Frenulotomia e frenuloplastica	I
Funicolo, detorsione del	III
Idrocele, intervento per	II
Idrocele, puntura di	I
Induratio penis plastica, interventi per	IV
Corpi cavernosi (corporoplastiche, ect.) interventi sui	IV
Orchidopessi mono o bilaterale	III
Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale	V
Orchiectomia sottocapsulare bilaterale	III
Orchiepididimectomia bilaterale con eventuali protesi	IV
Orchiepididimectomia monolaterale con eventuali protesi	III
Parafimosi, intervento per	II
Pene, amputazione parziale del	III
Pene, amputazione totale con linfadenectomia	V
Pene, amputazione totale del	IV
Posizionamento di protesi peniena	V
Priapismo (percutanea), intervento per	II
Priapismo (shunt), intervento per	III
Scroto, resezione dello	II
Traumi del testicolo, intervento di riparazione per	II
Tumori del testicolo con eventuale linfadenectomia, interventi per	V
Varicocele, intervento per (anche con tecnica microchirurgica)	III

Tariffario delle Prestazioni Odontoiatriche

Prestazione	Descrizione	% Rimborso su Tariffario (in base ai mesi di carenza)					Limite di indennizzo per prestazione	Condizioni per Prestazioni in forma INDIRETTA a rimborso	Vincoli temporali	Vincoli tecnici
		<3	>3<6	>6<12	>12<24	24+				
IGIENE E PREVENZIONE DENTARIA										
Pulizia della bocca	Ablazione semplice del tartaro (detartrasi) (sia adulti che bambini)	100%					€ 35,00	Scoperto 10% (fermi i limiti di indennizzo per prestazione e le % di Rimborso per carenza previsti dal presente tariffario)	1 ogni 12 mesi, in un'unica soluzione	
	Applicazione topica di fluoro (fluoroprofilassi) (sia adulti che bambini)						€ 15,00			
	Visita odontoiatrica iniziale (compreso stesura piano di cura e preventivo di spesa)						€ 30,00			
ELENCO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE										
CURE DI PRIMO LIVELLO										
Visita Odontoiatrica	Visita odontoiatrica iniziale (compreso stesura piano di cura e preventivo di spesa)	0%	50%	100%	€ 30,00	Scoperto 10% (fermi i limiti di indennizzo per prestazione e le % di Rimborso per carenza previsti dal presente tariffario) SSN: no scoperto (ferme le % di Rimborso per carenza previste dal presente tariffario)	2 ogni 12 mesi	Se propedeutica ai trattamenti coperti ai sensi di polizza		
Radiologia	Radiografia endorale (periapicale, oclusale, bitewing), per lastrina				€ 12,00		Il numero delle RX è autorizzato secondo giudizio del medico fiduciario della Compagnia	Le RX (ove non incluse nella descrizione della prestazione) sono rimborsabili solo se propedeutiche ad una cura odontoiatrica da malattia inclusa nel piano assicurativo (escluso prevenzione).		
Estrazioni	Estrazione semplice di dente o radice				€ 50,00		2 ogni 12 mesi			
	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea parziale				€ 90,00		1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX		
	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (anche per estrazione chirurgica di 3° molare in disodontiasi, compresa prestazione per eventuali radici ritenute)				€ 130,00			Comprovata da RX		
Otturazione	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)				€ 65,00		2 ogni 12 mesi			
	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)				€ 80,00					
Devitalizzazioni asportazioni del nervo	Terapia endodontica radicolare monocanalare, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica				€ 90,00		1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX		
	Terapia endodontica radicolare bicanalare per elemento, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica				€ 150,00		1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX		
	Terapia endodontica radicolare tricanalare o più di 3 canali radicolare, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica				€ 200,00		1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX		
Riparazione di protesi	Riparazione protesi	€ 60,00	1 ogni 3 anni	Richiesta certificazione del laboratorio						
CURE DI SECONDO LIVELLO										
Ortopantomografia	Ortopantomografia di una od entrambe le arcate dentarie (OPT)	0%	30%	60%	€ 30,00	Scoperto 10% (fermi i limiti di indennizzo per prestazione e le % di Rimborso per carenza previsti dal presente tariffario) SSN: no scoperto (ferme le % di Rimborso per carenza previste dal presente tariffario)	2 ogni 12 mesi			
Apicectomia	Intervento di chirurgia endodontica per asportazione di 3° apicale della radice per elemento dentario (qualsiasi numero di radici e compresa chiusura apice chirurgico)				€ 180,00		1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX		
Rizotomia	Separazione di radici in dente pluriradicolato (ad elemento indipendentemente dal numero di radici e comprensivo di lembo chirurgico)				€ 70,00		2 ogni 12 mesi	Comprovata da RX		
Rizectomia	Rizectomia - per elemento dentario indipendentemente dal numero di radici estratte (incluso lembo osseo)				€ 100,00		2 ogni 12 mesi	Comprovata da RX		
Piccola chirurgia orale	Frenulectomia e/o frenuloplastica (per arcata)				€ 100,00		3 ogni 12 mesi	Comprovata da RX o foto digitale endorale		
	Interventi di piccola chirurgia orale (incisione e drenaggio di ascessi, asportazione di cisti mucose, asportazione di piccole neoplasie), per emiaricata				€ 90,00					
	Intervento di regolarizzazione della cresta alveolare parzialmente edentula o edentula, o exeresi di torus palatino o mandibolare per fini protesici (ad emiaricata)				€ 180,00					
Placca funzionalizzata	Bite plane o orto bite o bite garde				€ 300,00		1 volta ogni 24 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio		
Molaggio selettivo	Molaggio selettivo parziale o totale (max. 1 seduta)				€ 90,00		1 sola volta			

Prestazione	Descrizione	% Rimborso su Tariffario (in base ai mesi di carenza)					Limite di indennizzo secondo Tariffario odontoiatrico	Condizioni per Prestazioni in forma INDIRETTA a rimborso	Vincoli temporali	Vincoli tecnici			
		<3	>3<6	>6<12	>12<24	24+							
CURE DI TERZO LIVELLO													
Ritrattamento endodontico	Ritrattamento endodontico (per elemento) comprensivo dell'otturazione della cavità di accesso, ricostruzione coronale pre-endodontica e radiografie intraorali						€ 100,00		1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX			
Fotografia digitale endorale	Fotografia o immagine video endorale (in alternativa ad OPT o Rx endorale)						€ 5,00		Solo ove richiesta, in numero massimo di 2	Solo ove richiesta			
Gengivectomia	Gengivectomia, per dente (max 5 denti, oltre considerata emiarcata)						€ 30,00	PRESTAZIONI in forma INDIRETTA FUORI NETWORK NON GARANTITE - FATTA ECCEZIONE PER LE PRESTAZIONI FORNITE DAL SSN (no scoperto, ferme le % di Rimborso per carenza previste dal presente tariffario)	1 volta ogni 12 mesi	Comprovata da foto digitale endorale			
	Gengivectomia, per emiarcata						€ 175,00						
Chirurgia parodontale	Lembo gengivale semplice (scaling e root planing a cielo aperto) compreso qualsiasi tipo di lembo e relativa sutura, per emiarcata						€ 180,00						
	Lembo muco gengivale con riposizionamento apicale couretage a cielo aperto, per emiarcata						€ 200,00						
	Intervento di chirurgia ossea (resetiva o allungamento di corona clinica o rigenerativa) per emiarcata (trattamento completo, incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura)						€ 280,00						
Interventi di chirurgia orale con sistemazione dei difetti ossei	Utilizzo di materiali biocompatibili, per emiarcata (trattamento completo, incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura)						€ 200,00					1 sola volta per arcata	
Intarsi	Intarsi in qualsiasi materiale (anche prezioso) inlay-onlay-overlay per elemento (compreso provvisorio)						€ 280,00					2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	
Implantologia	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)						€ 1.000,00					1 ogni 12 mesi Non più ripetibile sullo stesso elemento	Dental scan pre-impianto ed RX post-impianto.
Elementi provvisori in attesa delle protesi definitive	Corona protetica provvisoria semplice in resina o armata						€ 60,00					2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
Perno moncone	Ricostruzione del dente con perni endocanalari, per elemento	0%	30%	60%	100%		€ 110,00					2 ogni 12 mesi Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
	Perno moncone con perno in L.P. o L.N.P. o ceramico o in fibra di carbonio, per elemento						€ 180,00						
Elemento dentale	Elemento a giacca in resina - per elemento definitivo						€ 240,00		2 ogni 12 mesi Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio			
	Corona protetica in L.N.P. e ceramica o L.P. e faccetta in resina anche fresata o metallo composito, per elemento						€ 400,00		2 ogni 12 mesi Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio			
	Corona in L.P. e ceramica o metal free o AGC e porcellana, per elemento						€ 600,00		2 ogni 12 mesi Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio			
Attacco di precisione	Attacco di precisione in qualsiasi tipo di lega o controresaggi in lega preziosa o coppette radicalari, per elemento						€ 150,00		1 ogni 12 mesi Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio			
Rifacimento in ceramica su struttura di elemento fisso	Ricostruzione moncone protesico, per elemento (qualsiasi materiale)						€ 140,00		1 ogni 12 mesi Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio			
Parziali	Struttura parziale rimovibile provvisoria di qualsiasi tipo completa di ganci ed elementi dentari, per elemento						€ 280,00		1 ogni 12 mesi Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio			
	Aggiunta di elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato						€ 55,00		1 ogni 5 anni	Solo correlata a prestazione soprastante. Fino ad un massimo di 5 elementi. Richiesta certificazione del laboratorio.			
Dentiera	Protesi totale immediata, per arcata						€ 700,00		1 ogni 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio			
	Protesi totale definitiva in resina o ceramica, per arcata						€ 850,00		1 ogni 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio			
Scheletrato	Scheletrato in lega di qualsiasi tipo completa di elementi dentari, per arcata						€ 800,00		1 ogni 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio			
	Gancio su scheletrato						€ 40,00		1 ogni 5 anni	Solo correlata a prestazione soprastante. Richiesta certificazione del laboratorio.			
	Aggiunta di elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato						€ 55,00		1 ogni 5 anni	Solo correlata a prestazione soprastante. Richiesta certificazione del laboratorio.			
Ribasatura	Ribasamento definitiva protesi totale (tecnica diretta o indiretta), per arcata						€ 150,00		1 ogni 5 anni				

Il costo delle prestazioni include l'anestesia

Le RX (ove non incluse nella descrizione della prestazione) sono rimborsabili solo se propedeutiche ad una cura odontoiatrica da malattia inclusa nel piano assicurativo (escluso prevenzione).

Il numero di prestazioni concomitanti è autorizzato secondo giudizio del medico fiduciario della Compagnia

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
AI SENSI DELL'ART. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio
(di seguito REG. UE)

La Società Vera Assicurazioni S.p.A., con sede in (Verona), Via Carlo Ederle 45, **quale Titolare dei trattamenti sotto indicati**, premesso che la presente informativa viene rilasciata tramite i contraenti/assicurati/ ⁽¹⁾, anche agli eventuali interessati ⁽²⁾:

- cui i dati trattati si riferiscono, che prestino attività lavorativa o professionale o collaborino o siano in rapporti commerciali ed economici, familiari, di convivenza, o diversi, con i detti soggetti;
 - i cui dati possano comunque essere comunicati, conosciuti e/o trattati dal Titolare in esecuzione e nello svolgimento del rapporto principale,
- fornisce le seguenti informazioni.

DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali identificativi ⁽³⁾, immagini e/o video, dati amministrativi, contabili e fiscali, professionali, commerciali patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari e dati relativi alla salute, relativi all'interessato o a terzi ⁽⁴⁾, sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali:

- 1. per finalità assicurative/liquidative del Titolare** e quindi per finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, per lo svolgimento dell'attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione per l'ulteriore distribuzione del rischio; per la valutazione del rischio assicurato e per la gestione e la liquidazione dei sinistri; per attività preliminari ⁽⁵⁾ e conseguenti ⁽⁶⁾ (anche attraverso dati puntuali raccolti presso altre banche dati a cui il Titolare possa avere accesso per la valutazione economico/finanziaria del cliente), strumentali e conseguenti ⁽⁷⁾ alle predette; per l'esercizio e la difesa dei diritti, ecc. e per finalità derivanti da obblighi normativi, a cui è soggetto Titolare ⁽⁸⁾; inoltre anche per la comunicazione ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa ed al trattamento e trasferimento all'estero, anche extra UE, da parte del Titolare e di tali altri soggetti. In caso di Vostra comunicazione di dati personali relativi a terzi, siete responsabili della suddetta comunicazione e siete tenuti ad informarli e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento dei loro dati, per le finalità, e con le modalità e da parte dei soggetti indicati;
- 2. per finalità di legittimo interesse di *marketing* del Titolare**, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽⁹⁾, salvo opposizione ⁽¹⁰⁾, così da farvi conoscere i prodotti/servizi del Titolare e quindi ad esempio ai fini di invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale e promozione commerciale;
- 3. per finalità di legittimo interesse del Gruppo Imprenditoriale Cattolica (l'elenco delle società del Gruppo è rinvenibile sul sito www.cattolica.it), di comunicazione dei dati alle società facenti**

⁽¹⁾ anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;

⁽²⁾ ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali;

⁽³⁾ quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, e-mail, recapito telefonico, targa/telaio del veicolo o natante, etc;

⁽⁴⁾ quali ad esempio conviventi, familiari, conducenti, beneficiari, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative/liquidative;

⁽⁵⁾ quali ad esempio la stesura di preventivi;

⁽⁶⁾ quali ad esempio analisi tariffarie;

⁽⁷⁾ quali ad esempio la verifica della qualità percepita del servizio, con riferimento a richieste pervenute e al miglioramento del servizio reso;

⁽⁸⁾ quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antifrode e vigilanza assicurativa anche sui sinistri, normative ed enti relativi all'assicurazione agevolata agricola, etc. (inclusi gli adempimenti IDD previsti dalla Direttiva Europea 2016/97/UE) etc.;

⁽⁹⁾ di cui all'art. 130, I e II comma, del Codice Privacy, tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con strumenti, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web, ed anche attraverso i soli dati di contatto forniti dall'interessato o eventualmente reperiti dai profili pubblici nei social network;

⁽¹⁰⁾ cfr Capitolo "Diritti dell'Interessato";

parte, che li tratteranno per proprie finalità di *marketing*, effettuate con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto ⁽¹¹⁾;

4. se acconsentite, per finalità di profilazione effettuata dal Titolare, sia con l'intervento umano sia in modalità totalmente automatizzata, nonché per definire il profilo dell'interessato per formulare proposte adeguate rispetto alle sue necessità e caratteristiche, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽¹²⁾. La profilazione avverrà con i dati forniti dall'interessato e/o mediante dati reperiti attraverso il profilo *social*. In questo caso, quindi, il trattamento per finalità di *marketing* del Titolare potrà essere effettuato anche utilizzando i dati dell'attività di profilazione, al fine di poter inviare comunicazioni di *marketing* personalizzate del Titolare.
5. se acconsentite, per finalità di invio, effettuato dal Titolare, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto ⁽¹³⁾, di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche ⁽¹⁴⁾ per finalità di *marketing*;
Per lo svolgimento delle attività preliminari, strumentali e conseguenti ai trattamenti effettuati per tutte le suddette finalità, ci si potrà avvalere di soggetti di norma designati Responsabili e di altre società del Gruppo Cattolica;
6. se acconsentite, per finalità di comunicazione dei dati a soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche⁽¹⁵⁾, che li tratteranno per proprie finalità di *marketing*, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto⁽¹⁶⁾, ai fini, ad esempio, di invio di materiale pubblicitario; vendita diretta; compimento di ricerche di mercato; comunicazione commerciale; promozione commerciale.

MODALITA' DI TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici, ad opera di soggetti designati Responsabili ovvero impegnati alla riservatezza. I dati possono essere quindi conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica che, facendo parte dello stesso Gruppo Imprenditoriale, hanno un interesse legittimo a trasmettere dati personali all'interno del Gruppo, e da parte di altri soggetti che svolgono attività preliminari, strumentali e conseguenti, quali a mero titolo di esempio, la postalizzazione. I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.

COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurati/instaurandi e per l'effettuazione di adempimenti, ad altri soggetti del settore assicurativo, quali ad esempio coassicuratori, riassicuratori, consulenti di settore, *broker*, intermediari, istituti di credito impegnati nel corretto e regolare perseguimento delle finalità descritte; periti, carrozzieri, medici fiduciari, consulenti tecnici e cliniche mediche, consulenti valutatori e legali; associazioni (es. ANIA) e consorzi del settore assicurativo, IVASS, COVIP e CONSAP, Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, INPS e INAIL; altresì ad altri soggetti, quali ad esempio, quelli che svolgono attività di tutela legale, di revisione, di ricerche di mercato e di informazione commerciale, etc.. Ai soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, i dati possono essere comunicati per il perseguimento delle finalità di cui al punto 6, solo a seguito del conferimento degli appositi consensi facoltativi. I dati personali non sono soggetti a diffusione. I dati raccolti, nell'eventualità e sempre per le finalità assicurative/liquidative predette, possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche *extra* UE, a soggetti che collaborano con il Titolare e con le altre società del Gruppo Cattolica.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona,

⁽¹¹⁾ vedi nota 9;

⁽¹²⁾ vedi nota 9;

⁽¹³⁾ vedi nota 9;

⁽¹⁴⁾ editoria, automotive, servizi finanziari, bancari ed assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia;

⁽¹⁵⁾ vedi nota 14;

⁽¹⁶⁾ vedi nota 9;

Lungadige Cangrande, 16, email dpo@cattolicaassicurazioni.it, come espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 Reg. Ue (quali, ad esempio, quello di avere la conferma che sia in corso o meno un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati, destinatari degli stessi, quando possibile il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo). Inoltre ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento o l'opporvi, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interessato e dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato o di attività di profilazione.

L'interessato inoltre ha il diritto alla portabilità dei dati, ai sensi dell'art. 20 del Reg.Ue, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo. Quanto sopra vale anche per l'eventuale esercizio dei diritti nei confronti delle altre società del Gruppo Cattolica.

TEMPI DI CONSERVAZIONE

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte nonché per adempiere ad obblighi contrattuali e normativi, legislativi e/o regolamentari fatti salvi i termini prescrizionali e di legge nel rispetto dei diritti ed in ottemperanza degli obblighi conseguenti e dell'eventuale opposizione al trattamento esercitabile per le finalità di *marketing* e promozionali in qualsiasi momento. Pertanto, di norma, il termine di conservazione è di 10 anni dalla data dell'ultima registrazione o, se posteriore, dalla data di cessazione del contratto o di liquidazione definitiva del sinistro, superati i quali verranno cancellati o, se mantenuti per fini statistici, resi anonimi in modo irreversibile.

NATURA DEL CONFERIMENTO

Il conferimento è obbligatorio per i dati relativi alle finalità di cui al punto 1, necessari agli adempimenti contrattuali e normativi, e di cui ai punti 2 e 3; per gli altri dati il conferimento è facoltativo, ma in difetto il Titolare non potrà dar corso alle operazioni di trattamento descritte. Si precisa che:

o sono del tutto facoltativi i trattamenti per finalità di cui ai punti 4⁽¹⁷⁾, 5 e 6: il mancato conferimento non precluderà la conclusione del contratto assicurativo e dei servizi richiesti;

o per tali trattamenti facoltativi e quelli di cui ai punti 2 e 3, è possibile esercitare, anche in parte, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al Capitolo "Diritti dell'interessato", cui si rinvia;

o il mancato conferimento dei dati con riferimento a detti trattamenti facoltativi o il mancato consenso agli stessi ⁽¹⁸⁾, comportano solo l'impossibilità per il Titolare e per le altre società del Gruppo Cattolica, e per i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, di svolgere le relative attività, ma non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa/liquidativa e ai rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione;

o i consensi per i detti trattamenti facoltativi non vengono meno fino a formale revoca da parte dell'interessato.

Il Titolare r.l.p.t.

Aggiornata all'aprile 2018

⁽¹⁷⁾ così anche da poter inviare e predisporre comunicazioni di marketing personalizzate proprie del Titolare;

⁽¹⁸⁾ tanto degli interessati che, nelle sole ipotesi previste dal Titolo 10 del Codice Privacy e altre norme applicabili, degli altri soggetti diversi da persone fisiche cui si riferiscono i dati.

AREA CLIENTI

Pochi click per essere sempre aggiornato,
quando e dove vuoi.

Attiva subito il tuo account su www.veraassicurazioni.it
ed accedi alla tua **area personale** dove potrai trovare:



Le coperture assicurative in essere



Lo stato dei pagamenti e relative scadenze



Le condizioni contrattuali e i documenti di polizza



...e molto altro ancora

Vera Assicurazioni S.p.A.

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019