

ALLEGATO E)
POLIZZA GARANZIA SANITARIA

Gara d'appalto per l'affidamento dei

SERVIZI ASSICURATIVI DEL CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
(2021/2024)

CODICE C.I.G.:8860388F78

POLIZZA**GARANZIA SANITARIA**

CONTRAENTE	CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA Centro Direzionale Isola F/13 80143 Napoli Codice Fiscale 80051460634 Denominato "Consiglio"
DURATA	Triennale
FRAZIONAMENTO PREMIO	Annuale
PERSONE ASSICURATE	n. 51 Consiglieri Regionali
PRESTAZIONI	Rimborso spese per ricovero ospedaliero e/o intervento chirurgico; accertamenti diagnostici ed esami pre e post ricovero; grave malattia ed esami di alta diagnostica.
MASSIMALE	€.100.000,00 per persona e per anno assicurativo; raddoppio del massimale per Grande Intervento Chirurgico.
PREMIO ANNUO	€ 37.000,00

DEFINIZIONI

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono il significato di seguito precisato:

- **ASSICURATO:** soggetto il cui interesse é protetto dall'assicurazione.
- **ASSICURAZIONE:** contratto di assicurazione.
- **CONTRAENTE:** Consiglio Regionale della Campania, denominato "Consiglio".
- **CONTRATTO/POLIZZA:** documento che prova l'assicurazione.
- **DAY HOSPITAL:** degenza diurna senza pernottamento in Istituto di cura per prestazioni chirurgiche e terapie mediche documentate da cartella clinica.
- **DIFETTO FISICO/MALFORMAZIONE:** alterazione/imperfezione/mancanza di un organo o di un apparato congenito ovvero verificatosi nel corso dello sviluppo fisiologico, che sia noto o evidente o diagnosticato in epoca antecedente alla stipula del contratto.
- **DOCUMENTAZIONE SANITARIA:** originali della cartella clinica e/o di tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).
- **FRANCHIGIA:** parte di danno che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato espresso in importo fisso, in giorni o in percentuale sul grado di invalidità permanente accertato.
- **INDENNIZZO:** somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- **INFORTUNIO:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
- **GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI:** interventi chirurgici riportati nell'apposito elenco.
- **GRAVE MALATTIA:** coronaropatia, ictus cerebrale, infarto del miocardio, malattia oncologica, come di seguito considerate:
 - **Coronaropatia:** malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento od il blocco di due o più arterie coronarie, con innesto di by-pass o richieda tecniche non chirurgiche, quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.
 - **Ictus cerebrale:** accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alle ventiquattro ore e che implicino morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionanti accertati.
 - **Infarto del miocardio:** morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito ad afflusso insufficiente di sangue nell'area interessata.
 - **Malattia Oncologica:** ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna invasiva, incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkins, il cancro in situ (tumore che non ha ancora invaso i tessuti dell'organo colpito); sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive; sono esclusi basoliomi e spinaliomi.

- **INTERVENTO CHIRURGICO:** atto lecitamente effettuato in Istituto di cura, che si concretizza attraverso l'incisione della cute o comunque dei tessuti dell'organismo anche mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Si intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione non chirurgica di fratture e lussazioni.
- **ISTITUTO DI CURA:** struttura sanitaria a gestione pubblica o a gestione privata, regolarmente autorizzata dalle competenti Autorità alle prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Sono esclusi: stabilimenti termali, le case di riposo, strutture di convalescenza e di lungodegenza, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, fisioterapici, riabilitativi.
- **MALATTIA:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
- **MASSIMALE:** somma massima indennizzabile per ciascuna persona, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.
- **PREMIO:** somma dovuta dal Consiglio alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.
- **RICOVERO:** degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di Cura.
- **RISCHIO:** probabilità che si verifichi un sinistro.
- **SCOPERTO:** percentuale applicabile all'ammontare dell'indennizzo che per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.
- **SINISTRO:** verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
- **SOCIETÀ:** Impresa Assicuratrice.

1. NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE MALATTIA IN PARTICOLARE

1.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

- 1.1.1. La Società si obbliga a rimborsare, nei limiti del massimale convenuto – che si intende per persona - nonché alle condizioni che seguono, le spese sostenute dall'Assicurato a seguito di uno degli eventi garantiti resi necessari da infortunio - anche causato da colpa grave - malattia, parto o aborto terapeutico eseguito in conformità con le vigenti normative.
- 1.1.2. L'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme dei sinistri riguardanti la totalità delle garanzie prestate dalla presente polizza, verificatisi nel corso di un medesimo anno assicurativo, non potrà superare il massimale annuo convenuto.
- 1.1.3. PERSONE ASSICURATE:
A. n. 51 **Consiglieri della Regione Campania**;

1.2. GARANZIE PRESTATE

1.2.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA O INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

La garanzia riguarda il rimborso delle spese sostenute:

- in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, in Istituto di cura anche in regime di day hospital;
- in caso di intervento ambulatoriale;
- in caso di parto naturale, aborto terapeutico o naturale con il massimo di € **3.500,00** per sinistro;
- in caso di parto cesareo con il massimo di €. **10.000,00** per sinistro;
- in caso di intervento per cure dentarie rese necessarie esclusivamente a seguito di infortunio documentato, comprese le protesi dentarie.

La Società rimborsa le spese per:

- a. gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b. i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento. Relativamente agli apparecchi protesici la garanzia è estesa alla manutenzione e riparazione degli stessi con il limite massimo di € **3.000,00** per anno assicurativo;
- c. l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- d. le rette di degenza;
- e. il trasporto dell'Assicurato, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato, verso l'Istituto di cura ed al ritorno dallo stesso, fino ad un importo di € **4.000,00** per anno assicurativo;

- f. il vitto ed il pernottamento, anche in albergo, dell'accompagnatore fino a € **100,00** al giorno per un massimo di 30 giorni per ogni ricovero e 90 giorni per anno assicurativo;
- g. l'espianto d'organo ed il suo trasporto, nel caso di trapianto; sono comprese, nel caso di donatore vivente le spese sanitarie per il suo ricovero, compresi gli accertamenti diagnostici, l'assistenza infermieristica, le cure ed i medicinali;
- h. le prestazioni sanitarie da qualsiasi natura determinate praticate al neonato fino al sessantesimo giorno di vita, rese necessarie da malattia anche congenita od infortunio, sempreché la garanzia per il parto risulti già operante ai termini di polizza, nei confronti della madre;
- i. la garanzia è estesa inoltre all'acquisto, manutenzione e riparazione di mezzi ausiliari a sostegno di handicap, necessari a seguito di malattia o infortunio che abbiano determinato un ricovero in istituto di cura con il massimo di € **3.000,00** per anno assicurativo.

La Società, in caso di "Grande intervento chirurgico" rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato di cui alle lettere *a.*, *b.*, *c.*, *d.*, *g.* ed *h.* del presente paragrafo **entro il limite del doppio del massimale convenuto**.

Qualora l'Assicurato, per il periodo di ricovero, non abbia sostenuto alcuna spesa, in quanto il ricovero stesso sia stato a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, avrà diritto ad una indennità di € **100,00** per ciascun giorno di ricovero con pernottamento, con il massimo di **100 giorni** per anno assicurativo. La prima giornata di ricovero in Istituto di cura e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione. L'indennità sostitutiva non verrà corrisposta al donatore, al neonato e in caso di ricovero in day hospital.

1.2.2. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ESAMI PRE E POST RICOVERO

La garanzia assicurativa riguarda il rimborso delle spese precedenti e successive il ricovero, con o senza intervento chirurgico, in Istituto di cura, o d'intervento ambulatoriale.

La Società rimborsa le spese per:

- a. gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, nei 120 giorni precedenti all'inizio del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero, purché direttamente collegati all'evento che ha determinato il ricovero stesso;
- b. gli esami, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche ambulatoriali, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le terapie radianti, le chemioterapie, le cure termali - escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera - inerenti e conseguenti all'evento e sostenute nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero.

Nel caso in cui l'assicurato si sia sottoposto ad intervento chirurgico di trapianto di organi oppure il ricovero sia stato determinato da una Grave Malattia o da un Grande Intervento Chirurgico, il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni sanitarie, di cui alle lettere *a.* e *b.* del presente paragrafo, si intendono elevate ai 180 giorni precedenti e successivi al ricovero.

Nel rimborso sono comprese le spese per il trattamento antirigetto a mezzo di farmaci immunosoppressori nonché le spese per la nutrizione parenterale e naso-gastrica e per la terapia del dolore.

1.2.3. GRAVE MALATTIA ED ESAMI DI ALTA DIAGNOSTICA

La garanzia assicurativa riguarda il rimborso fino alla concorrenza del 10% per anno assicurativo del massimale convenuto, delle spese sostenute per:

- a. le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici che abbiano confermato una Grave Malattia;
- b. le visite specialistiche e terapie di qualsiasi genere rese necessarie da una Grave Malattia;
- c. l'assistenza infermieristica resa necessaria da una Grave Malattia, prestata al domicilio dell'Assicurato da personale diplomato fino ad un massimo di 90 giorni per anno assicurativo;
- d. esami di Alta Diagnostica indicati nella tabella correlata.

Per ogni prestazione del presente articolo, il rimborso delle spese sarà effettuato con uno scoperto **del 10%**.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, il rimborso delle spese rimaste a suo carico sarà effettuato senza l'applicazione di alcuno scoperto.

TABELLA DEGLI ESAMI DI ALTA DIAGNOSTICA

ANGIOGRAFIA	ECOCONTRASTOGRAFIA	LASERTERAPIA
ANGIOGRAFIA DIGITALE	ECOTOMOGRAFIA	LINFOGRAFIA
ARTROGRAFIA	ELETTROCARDIOGRAFIA	MIELOGRAFIA
BRONCOGRAFIA	ELETTROENCEFALOGRAFIA	POTENZIALI EVOCATI
BRONCOSCOPIA	ELETTROMIOGRAFIA	RADIONEFROGRAMMA
CATERETERISMO CARDIACO	ENDOSCOPIA DELL'APPARATO DIGERENTE	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
CLISMA OPACO A DOPPIO CONTRASTO	ENDOSCOPIA DELL'APPARATO UROLOGICO	SCIALOGRAFIA CON CONTRASTO
COLANGIOGRAFIA	ESAME HOLTER	SCINTIGRAFIA
DENSITOMETRIA OSSEA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA	ESAMI ISTOPATOLOGICI	TELECUORE
ECODOPPLER	FLEBOGRAFIA	TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA
ECOCARDIOGRAFIA A RIPOSO E DA SFORZO	FLUOROANGIOGRAFIA OCULARE	UROGRAFIA
ECOGRAFIA INTRAVASCOLARE	ISTEROSALPINGOGRAFIA	
ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA	ISTEROSCOPIA	

1.3. ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Qualora l'Assicurato a seguito di sinistro indennizzabile non si avvalga delle Strutture Convenzionate ed ha sostenuto spese rimborsabili a termini di polizza per un importo superiore a **€ 2.500,00**, ha facoltà di richiedere un anticipo, nell'ambito del massimale annuo, sull'indennizzo pari al 60%, di quanto già pagato. Verificata la richiesta, la Società eroga l'anticipo entro 30 giorni da essa ed alla definizione del sinistro viene effettuato il conguaglio.

1.4. TERMINI DI ASPETTATIVA

L'assicurazione decorre dalle ore 24,00:

- del giorno di effetto della polizza per gli infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto;
- dal 30° giorno successivo a quello di effetto della polizza, per le malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;
- dal 180° giorno successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;
- dal 300° giorno successivo a quello di effetto della polizza per il parto e l'aborto terapeutico.
- Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza emessa dalla Società riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:
 - dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima risultanti;
 - dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente polizza limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

1.5. SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione è sospesa durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana.

1.6. VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

1.7. PAGAMENTO DEL PREMIO AL PERFEZIONAMENTO

A parziale deroga del punto 3.2. DECORRENZA DELLA GARANZIA E PAGAMENTO DEL PREMIO, delle norme che regolano l'Assicurazione in genere, il periodo di tempo concesso al Consiglio per il pagamento del premio al perfezionamento, viene prolungato a 30 giorni.

1.8. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

- 1.8.1. In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso per iscritto all'Ufficio/Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.
- 1.8.2. La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico attestante la natura della malattia o, in caso di infortunio, la natura e il tipo di lesioni subite nonché la necessità del ricovero o dell'intervento.
- 1.8.3. L'Assicurato, deve fornire ogni informazione richiesta dalla Società e consentire alla stessa di effettuare le

indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società medesima.

- 1.8.4. Egli è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli istituti di cura.
- 1.8.5. L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale al diritto all'indennizzo.
- 1.8.6. Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

1.9. LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

- 1.9.1. La Società, al termine del ricovero o a cure ultimate effettua il pagamento dell'indennizzo all'Assicurato, previa esibizione della certificazione definitiva (cartella clinica per i ricoveri e documentazione medica per le altre prestazioni sanitarie), nonché degli originali delle notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.
- 1.9.2. A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce tutta la certificazione di spesa in originale, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.
- 1.9.3. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto previa trasmissione della documentazione relativa alle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto liquidato da terzi.
- 1.9.4. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, nella valuta corrente al cambio di fine giornata ricavato dalle quotazioni ufficiali in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

1.10. OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE

In caso di ricovero in Istituto di cura convenzionato o non, qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano la inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione, ne sarà data comunicazione all'Assicurato, il quale dovrà restituire immediatamente tutte le somme dalla stessa indebitamente versate all'Istituto di Cura.

1.11. ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e sulle sue conseguenze, su concorde richiesta dell'Assicurato e della Società ed in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, possono essere demandate, con apposito atto scritto, affinché siano decise a norma delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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 metà alle spese e competenze per il terzo medico.

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

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

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

2. ESTENSIONI O ESCLUSIONI DI GARANZIA

A. ESTENSIONI

Non sono previste estensioni.

B. ESCLUSIONI

2.1. RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

- a.* le spese relative a conseguenze dirette di infortuni nonché malattie, malformazioni e stati patologici insorti e diagnosticati e/o curati anteriormente alla stipulazione del contratto;
- b.* le spese per l'eliminazione o correzione di difetti fisici congeniti e/o preesistenti alla stipulazione del contratto o per la correzione di vizi di rifrazione oculare;
- c.* la cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- d.* le conseguenze di infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dell'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- e.* le conseguenze di infortuni conseguenti a ubriachezza, anche nel suo stadio iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- f.* le conseguenze derivanti dall'abuso di alcolici e psicofarmaci, dal consumo di stupefacenti o allucinogeni e di sostanze psicotrope;
- g.* le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport, anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
- h.* le conseguenze di infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- i.* l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;

- j. le terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza;
- k. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- l. le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 8/11/1991 pubblicato sulla G.U. 262) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- m. le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- n. le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali - salvo quanto previsto al punto 1.2.2. lettera b. - ancorché nell'ambito di Istituto di cura;
- o. le cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico nonché quelle del periodonto, salvo quelle che si siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza o da malattia oncologica;
- p. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- q. le conseguenze: di guerra, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche.

2.2. PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

a. Per limite d'età

Se la Società non è a conoscenza dell'età dell'Assicurato, per mancata indicazione della medesima in polizza o in eventuali atti di variazione successivi, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento dell'ottantesimo anno di età dell'Assicurato.

L'eventuale erroneo incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, non costituisce deroga a quanto sopra stabilito e dà diritto al Consiglio di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

b. Per gravi affezioni

Premesso che non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da: alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.i.d.s.), sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, si conviene che la sopravvenienza di tale malattie durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

L'eventuale erroneo incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, non costituisce deroga a quanto sopra stabilito e dà diritto al Consiglio di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento

3. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

3.1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Consiglio e/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 (Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

3.2. DECORRENZA DELLA GARANZIA E PAGAMENTO DEL PREMIO

Fermi i termini di aspettativa previsti dalle norme che regolano l'assicurazione Malattia, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato nella polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24,00 del giorno del pagamento. Se non vengono pagati il premio o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (Art. 1901 del Codice Civile).

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società.

3.3. ADEGUAMENTO DEL PREMIO

Premesso che all'atto della stipulazione della polizza gli elementi presi a base di calcolo sono il numero dei consiglieri regionali e dei dirigenti, per complessive 88 persone, risultanti in carica e/o servizio al 31/12 dell'anno solare precedente all'effetto della polizza si conviene fra le parti che:

- 30 giorni prima della scadenza di ogni rata annua il contraente è tenuto a comunicare per iscritto alla Società il numero complessivo delle persone sopra indicate, in carica al 31/12 dell'anno solare precedente;
- Il premio per la nuova annualità assicurativa, fermo il premio minimo in corso, sarà variato in funzione del numero delle persone in eccedenza a quello originariamente assicurato ed applicando un premio pari a quello di aggiudicazione pro capite e dovrà essere pagato nei termini di cui al punto 3.2. DECORRENZA DELLA GARANZIA E PAGAMENTO DEL PREMIO delle norme che regolano l'assicurazione in genere;
- Se al momento del sinistro il numero complessivo delle persone assicurate in carica al 31/12 dell'anno solare precedente risulti superiore al numero dichiarato, l'indennizzo dovuto dalla Società sarà liquidato in base alla regola proporzionale e di cui all'art. 1898 codice civile;

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni probatorie necessarie.

3.4. FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

Premesso che il premio annuo è indivisibile, la Società può concederne il pagamento frazionato. In caso di mancato pagamento delle rate di premio, trascorsi trenta giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo ed impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del premio. L'assicurazione avrà effetto dalle ore 24,00 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del premio arretrato.

3.5. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

3.6. RINUNCIA AL RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Le Parti danno atto espressamente di rinunciare alla facoltà di disdettare la polizza a seguito di sinistro, salvi però i casi di dichiarazioni inesatte o reticenze.

3.7. FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Consiglio, l'Assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata o altro mezzo certo.

3.8. ALTRE ASSICURAZIONI

3.8.1. Il Consiglio deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

3.8.2. L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'indennizzo.

3.8.3. In ogni caso la Società può, tuttavia, recedere dal contratto entro sessanta giorni dalla denuncia con preavviso di giorni trenta.

3.8.4. Il Consiglio, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio nei casi di:

- polizze stipulate a favore degli stessi assicurati dal datore di lavoro in adempimento a contratti del lavoro aziendali, nazionali od integrativi;
- garanzie infortuni/malattie provenienti automaticamente dalla titolarità di carte di credito, conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

3.8.5. In caso di sinistro, il Consiglio, o l'Assicurato, deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

3.9. ASSICURAZIONI OBBLIGATORIE

La presente assicurazione non è sostitutiva di eventuali polizze obbligatorie per legge ma opera in aggiunta ad esse.

3.10. ASSICURAZIONE PER CONTO TERZI

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

3.11. NON TACITA PROROGA

Il presente contratto cessa alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta per le Parti.

3.12. ONERI FISCALI

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

3.13. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

4. FRANCHIGIE

Non sono previste franchigie.

5. LIMITI DI INDENNIZZO O RISARCIMENTO

5.1. MASSIMALI

- a. € 100.000,00 per persona e per anno assicurativo;
- b. raddoppio del massimale per Grande Intervento Chirurgico.

6. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA

- Bypass aorto coronarico singolo e/o multiplo
- Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) - interventi di, salvo gli interventi descritti
- Correzione di coartazione aortica
- Fistole arterovenose del polmone, interventi per - Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- Pericardiectomia parziale e totale
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.) -
- Valvuloplastica chirurgica

COLLO

- Tiroidectomia totale
- Timectomia per via cervicale
- Resezione dell'esofago cervicale

CHIRURGIA GENERALE - ESOFAGO

- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- Esofagoplastica
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcerapost-operatoria
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne e megaesofago

- Operazioni per tumori, resezioni parziali basse, alte e totali
- Rientro per megaesofago

CHIRURGIA GENERALE - FEGATO E VIE BILIARI

- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Deconnessione azygos-portale per via addominale
- Epato coledotomia
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Resezioni epatiche maggiori

CHIRURGIA GENERALE - INTESTINO

- Colectomia totale
- Megacolon: operazione addominoperineale di Buhamel e Swenson
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia

CHIRURGIA GENERALE – RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addominoperineale in un tempo o in più tempi
- Resezione anteriore retto-colica

CHIRURGIA GENERALE - PANCREAS, MILZA

- Duodeno cefalo pancreatemia compresa eventuale linfadenectomia
- Enucleazione delle cisti
- Intervento per cisti e pseudocisti
- Interventi per fistole pancreatiche
- Marsupiazione
- Pancreatemia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- Pancreatite acuta, interventi demolitivi

CHIRURGIA GENERALE - STOMACO, DUODENO

- Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Resezione gastrica da neoplasie maligne
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Stenosi congenita del piloro

CHIRURGIA ORO - MAXILLO - FACCIALE

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale

- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Asportazione tumore di Wilms
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale, retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale
- Cranio bifido con meningoencefalocele
- Esofago, atresia o fistole congenite dell'(trattamento completo)
- Neuroblastoma addominale
- Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Spina bifida: meningocele
- Spina bifida: mielomeningocele

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA

- Aplasia della vagina, ricostruzione per

CHIRURGIA TORACO - POLMONARE

- Ernia del diaframma
- Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per
- Interventi per fistole bronchiali – cutanee
- Interventi su polmone cistico e policistico
- Pleuropneumectomia
- Pneumectomia, intervento di
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezioni segmentarie e lobotomia
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale

CHIRURGIA VASCOLARE

- Aneurismi aorta addominale con dissecazione: resezione e trapianto
- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale succlavia, tronco bronco-cefalico, aorta ed iliache
- Operazioni sulla aorta toracica ed addominale

GINECOLOGIA

- Isterectomia con annessionectomia e linfadenectomie per tumori maligni

NEUROCHIRURGIA

- Anastomosi vasi intra-extra cranici

- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Encefalomeningocele, intervento per
- Fistola liquorale
- Interventi per epilessia focale
- Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)
- Mielomeningocele, intervento per
- Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningeomidollari, intervento endorachideo
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Operazioni endocraniche per ascesso ed amatomia endocranico
- Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
- Scheggetomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per
- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Tumori orbitari, intervento per

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - INTERVENTI CRUENTI

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, parziale
- Disarticolazione interscapolotoracica
- Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Scoliosi, intervento per
- Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)

OTORINOLATRINGOIATRIA - LARINGE E IPOFARINGE

- Laringofaringectomia totale

UROLOGIA – APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfodecneomie per tumori maligne

UROLOGIA - RENE

- Nefroureterectomia radicale più trattamento trombotico (compresa surrenectomia)
- Surrenectomia

UROLOGIA - URETERE

- Megauretere resezione con reimpianto
- Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di

UROLOGIA - VESCICA

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa (infoadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Estrofilia della vescica e derivazione
- Interventi per fistolascico-rettale
- Riparazione di fistola vescicointestinale
- Riparazione di vescica estrofica con neovescica rettale

TRAPIANTI DI ORGANO

Tutti

INDICE

POLIZZA	2
DEFINIZIONI 3	
1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE MALATTIA IN PARTICOLARE	5
1.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	5
1.2. GARANZIE PRESTATE	5
1.2.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA O INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	5
1.2.2. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ESAMI PRE E POST RICOVERO	6
1.2.3. GRAVE MALATTIA ED ESAMI DI ALTA DIAGNOSTICA	7
1.3. ANTICIPO DELL'INDENNIZZO	7
1.4. TERMINI DI ASPETTATIVA	8
1.5. SERVIZIO MILITARE	8
1.6. VALIDITÀ TERRITORIALE	8
1.7. PAGAMENTO DEL PREMIO AL PERFEZIONAMENTO.....	8
1.8. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	8
1.9. LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO	9
1.10. OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE	9
1.11. ARBITRATO IRRITUALE	9
2. ESTENSIONI O ESCLUSIONI DI GARANZIA	10
A. ESTENSIONI	10
B. ESCLUSIONI	10
2.1. RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE	10
2.2. PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE	11
3. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	12
3.1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO.....	12
3.2. DECORRENZA DELLA GARANZIA E PAGAMENTO DEL PREMIO	12
3.3. ADEGUAMENTO DEL PREMIO	12
3.4. FRAZIONAMENTO DEL PREMIO	12
3.5. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	12
3.6. RINUNCIA AL RECESSO IN CASO DI SINISTRO.....	13
3.7. FORMA DELLE COMUNICAZIONI	13
3.8. ALTRE ASSICURAZIONI	13
3.9. ASSICURAZIONI OBBLIGATORIE	13
3.10. ASSICURAZIONE PER CONTO TERZI.....	13
3.11. NON TACITA PROROGA.....	13
3.12. ONERI FISCALI.....	13
3.13. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	14
4. FRANCHIGIE	14
5. LIMITI DI INDENNIZZO O RISARCIMENTO	14
5.1. MASSIMALI	14
6. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	14