SET INFORMATIVO

Groupama
Assicurazioni

SALUTE

Groupama BenEssere InSalute

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

IL PRESENTE SET INFORMATIVO È COMPOSTO DA:

- DIP - Documento informativo precontrattuale
- DIP aggiuntivo - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo
- Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario

Il Set Informativo deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Mod. 220271C - Ed. 07/2026

PAGINA NON UTILIZZABILE

Assicurazione rimborso spese mediche

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Groupama Assicurazioni S.p.A. **Prodotto: GROUPAMA BENESSERE IN SALUTE**

Groupama Assicurazioni S.p.A. è iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585 ed è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza tutela la persona ed eventualmente il suo nucleo familiare in caso di spese mediche rese necessarie da Malattia, Infortunio o parto e offre una serie di servizi di Assistenza.

Che cosa è assicurato?

SETTORE SALUTE

Garanzie Base:

- ✓ **Ricoveri, interventi e day hospital:** rimborso delle spese mediche sostenute in caso di ricovero, intervento chirurgico ambulatoriale, Day Hospital/Day Surgery per Malattia, Infortunio, Parto o Aborto terapeutico. La garanzia comprende la Prevenzione Base.
- ✓ **Grandi Interventi Chirurgici**: rimborso delle spese mediche sostenute in caso grande intervento. La garanzia comprende la Prevenzione Base.
- ✓ **Interventi Chirurgici formula forfait**: corresponsione di un indennizzo predefinito in caso di Intervento Chirurgico con o senza ricovero per Malattia, Infortunio, parto con taglio cesareo o aborto terapeutico, e in caso di Ricovero senza Intervento Chirurgico per più di 3 giorni, per Malattia o Infortunio.
- ✓ **Indennità giornaliera in caso di Ricovero**: riconoscimento di un importo giornaliero per ciascun giorno di Ricovero o di Day Hospital/Day Surgery, in caso di Ricovero per Malattia, Infortunio, Parto o Aborto Terapeutico, Day Hospital o Day Surgery per Malattia o Infortunio.

Garanzie opzionali:

- ✓ **Indennità giornaliera da convalescenza**
- ✓ **Indennità giornaliera da Gessatura**
- ✓ **Alta Diagnostica**
- ✓ **Visite specialistiche e diagnostica**
- ✓ **Cure fisioterapiche da Infortunio**
- ✓ **Malattie Gravi**
- ✓ **Rimborso spese pre e post per interventi chirurgici formula forfait**
- ✓ **Cure odontoiatriche – Prevenzione e Cure di I livello**
- ✓ **Cure odontoiatriche – Cure di II livello**
- ✓ **Cure odontoiatriche – Cure di III livello**
- ✓ **Prevenzione Top**

SEZIONE ASSISTENZA

- ✓ **Assistenza Base**: sempre operante indipendentemente dalla Garanzia Base attivata per il Settore Salute.
- ✓ **Assistenza Top**: attivabile su base opzionale.

SETTORE TUTELA LEGALE

- ✓ **Tutela Legale**: acquistabile su base volontaria.

Che cosa non è assicurato?

- × Le garanzie non acquistate
- × Le prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione della polizza
- × Soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza o AIDS

L'assicurazione non è operante per (di seguito alcuni dei principali rischi esclusi):

- × le eventuali esclusioni espressamente riportate in polizza in base alle dichiarazioni dello stato di salute dell'Assicurato
- × persone residenti all'estero (ad eccezione dei residenti nella repubblica di San Marino e nello Stato Città del Vaticano)
- × Malattie e stati patologici, infermità e invalidità, difetti fisici antecedenti la stipula;
- × Malattie mentali e disturbi psichici;
- × Abuso di psicofarmaci o di alcool, uso di stupefacenti/allucinogeni;
- × Interruzione volontaria della gravidanza
- × Cure per infertilità, sterilità;
- × Degenze e Trattamenti termali, dietologici, estetici, cure non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- × Infortuni causati da ebbrezza, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e uso non terapeutico di stupefacenti; o causati da guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma di legge; o avvenuti durante la pratica (competizioni, allenamenti e prove) di qualsiasi sport esercitato professionalmente e dei seguenti, anche esercitati non professionalmente, a titolo esemplificativo e non esaustivo: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, speleologia, etc .

Il dettaglio di cosa non è assicurato per ogni garanzia è riportato nel DIP Aggiuntivo e nelle Condizioni di Assicurazione.

Ci sono limiti di copertura?

! Sono previsti alcuni **limiti di copertura:** su alcune prestazioni sono operanti dei limiti temporali (es. prestazioni pre e post ricovero; giorni di gessatura) o di importo (es. franchigie e limiti di indennizzo) o territoriali.

Dove vale la copertura?

L'assicurazione è valida in tutto il mondo, fatta eccezione per quanto segue.
Per le cure odontoiatriche, i Centri Odontoiatrici Convenzionati sono presenti solo in Italia.
Limitatamente alla garanzia di Tutela legale le prestazioni "Danni subiti", "Danni subiti a seguito di Ricovero", "Danni subiti derivanti da Intervento Chirurgico" sono garantite nei paesi UE, nel Regno Unito, nella Città del Vaticano, nella Repubblica di San Marino, nel Principato di Monaco, in Svizzera e Liechtenstein. Le prestazioni "Istituti previdenziali/assistenziali" previste dalla Garanzia Tutela Legale sono garantite in Italia, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino.

Che obblighi ho?

- Le dichiarazioni fornite dal Contraente e dagli Assicurati devono essere veritiere, esatte e complete e devono riguardare anche eventuali infortuni o patologie dichiarati in precedenza e/o oggetto di precedenti indennizzi da parte di Groupama Assicurazioni S.p.A.. Nel corso del contratto devono essere comunicati eventuali cambiamenti che comportino un aggravamento del rischio assicurato (es. variazione della provincia di residenza). Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione della polizza.
- In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve comunicarlo formalmente alla Società di gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia, oppure, in caso di sinistro relativo alla garanzia Malattie Gravi, a Groupama Assicurazioni S.p.A. La comunicazione deve essere effettuata entro dieci giorni da quando il Contraente e/o l'Assicurato ne ha conoscenza e, comunque, non oltre il decimo giorno dal momento in cui ne ha la possibilità. La mancata comunicazione nei termini indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Quando e come devo pagare?

Il Premio annuo deve essere pagato al rilascio della polizza. Il premio può essere frazionato in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali e mensili con l'applicazione di un aumento rispettivamente del 2%, 3% e del 4% sia per il frazionamento trimestrale che per quello mensile. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze stabilite.
Il premio può essere pagato tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico o con denaro contante nei limiti previsti dalla legge, autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD). Il premio è comprensivo d'imposte.
Se il contratto è stipulato con durata poliennale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Polizza.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza oppure dalla data del pagamento del premio o della rata di premio, se successiva alla sottoscrizione, e termina alla scadenza indicata in polizza se non richiamato il tacito rinnovo, ferme le Scadenze Massime delle singole garanzie non prorogabili anche in caso di tacito rinnovo dell'Assicurazione a periodo successivo.
Per alcune garanzie è previsto un periodo di carenza, successivo alla data di effetto, durate il quale le stesse garanzie non sono operative o lo sono parzialmente.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.
Se il Contraente non paga entro 90 giorni dalla scadenza una rata di premio successiva alla prima, i Termini di Carenza decorrono nuovamente dalle ore 24 del giorno di pagamento.
Trascorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia pagato la rata arretrata il contratto è risolto.

Come posso disdire la polizza?

In presenza di tacito rinnovo il Contraente può disdire il contratto mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale. Se non pattuito il tacito rinnovo il contratto cessa, senza obbligo di disdetta, alla scadenza indicata in polizza.

Assicurazione rimborso spese mediche

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Prodotto: Groupama BenEssere InSalute

Data: 07/2026 Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma, Italia. Tel. +39 06/3018.1, fax +39 06/80210.831, www.groupama.it – info@groupama.it – PEC: groupama@legalmail.it

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma – Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585. È Impresa sottoposta al controllo da parte dell'IVASS ed iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 e codice IVASS A095S. Groupama Assicurazioni S.p.A. è diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio – avente sede legale in Francia: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg.

Alla data dell'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2025, il patrimonio netto della Compagnia ammonta a 650,5 milioni di euro e il risultato economico dell'esercizio è pari a 21,4 Milioni di euro. L'indice di solvibilità (Solvency Ratio) è 270,39%. Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet dell'Impresa https://www.groupama.it/conoscerci/governance-e-risultati-economici

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Le coperture assicurative sono attive se richiamate in Polizza ed è stato pagato il relativo premio.
L'ampiezza dell'impegno di Groupama Assicurazioni S.p.A. è rapportato ai massimali, alle somme assicurate e ai limiti di indennizzo e scoperti indicati in Polizza e nelle Condizioni di Assicurazione e concordate con il contraente.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

- ABOLIZIONE INDENNITÀ SOSTITUTIVA - L'opzione esclude il riconoscimento dell'indennità sostitutiva prevista dalle garanzie **Ricovero** e **Grandi Interventi Chirurgici**, in caso di non richiesta del rimborso spese mediche.

- GARANZIA LIMITATA AI SOLI INTERVENTI CHIRURGICI - Le prestazioni previste in caso di attivazione della garanzia **Ricovero** sono operanti esclusivamente nel caso di Intervento Chirurgico, con o senza ricovero, reso necessario da Malattia o Infortunio.

- MASSIMALE PER NUCLEO - I massimali assicurati devono intendersi operanti come disponibilità unica per anno assicurativo e per l'insieme di tutte le persone indicate in polizza. Tale opzione, se attivata, trova applicazione per le seguenti garanzie, se acquistate: **Ricovero, Grandi Interventi Chirurgici, Alta Diagnostica, Visite Specialistiche e accertamenti diagnostici.**

- FRANCHIGIA DI € 1.500,00 O 3.000,00 - L'opzione prevede l'applicazione di una **Franchigia** di **€ 1.500,00** o di **€ 3.000,00,** in base all'opzione scelta dal Contraente**,** per tutte le prestazioni relative alla garanzia **Ricovero.**

- APPLICAZIONE DELLO SCOPERTO E DELLA FRANCHIGIA IN STRUTTURE CONVENZIONATE - Lo scoperto e la franchigia in caso di Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale e Grandi Interventi Chirurgici, sono applicati anche qualora ci si avvalga di istituti di cura e/o medici convenzionati.

- ESCLUSIONE PRESTAZIONI CONSEGUENTI AD INFORTUNIO - Le prestazioni inerenti le garanzie **Indennità Giornaliera da Ricovero e Indennità Giornaliera da Convalescenza post-ricovero**, non sono riconosciute nei casi di Ricovero, Day Hospital, Day Surgery e Intervento Chirurgico ambulatoriale resi necessari da infortunio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

- ABOLIZIONE DELLO SCOPERTO IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE- Lo scoperto in caso di Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale e Grandi Interventi Chirurgici, non è applicato nei casi in cui ci si avvalga di istituti di cura e/o medici non convenzionati.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	La polizza prevede per ciascun settore di garanzia delle esclusioni specifiche. Di seguito alcuni esempi.

	SETTORE SALUTE Le garanzie del settore Salute non operano per: le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, fatta eccezione per quelli resi necessari da Infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne, purché effettuati durante la validità del contratto; l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi terapeutici, protesici ed ortopedici; i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici. La garanzia Cure Odontoiatriche non opera per: qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla decorrenza della copertura; 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. La garanzia Malattie Gravi non opera per: qualsiasi delle Malattie Gravi garantite dalla Polizza di cui l'Assicurato abbia sofferto o siano state diagnosticate prima della Data di Decorrenza della Polizza o durante i Termini di Carenza. Ai fini della presente esclusione, infarto o ictus pregressi vengono considerati come un'unica Malattia, vale a dire se l'Assicurato ha subito un infarto prima della Data di Decorrenza della Polizza non avrà diritto alla liquidazione di alcuna prestazione per un futuro infarto o ictus e viceversa. **SETTORE ASSISTENZA** Sono escluse le opere di ricerca in montagna, in mare o nei deserti. **SETTORE TUTELA LEGALE** Sono esclusi i sinistri relativi a: diritto di famiglia, successioni o donazioni; materia fiscale o amministrativa; proprietà o guida di veicoli a motore, imbarcazioni, aeromobili o veicoli che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche.

Ci sono limiti di copertura?

Il contratto prevede massimali, franchigie, scoperti e limiti di copertura.

Ricovero	**Massimale illimitato:** nessuno scoperto per strutture convenzionate; scoperto 10% con il massimo di € 5.000 (non applicato in regime intramoenia) per strutture non convenzionate; indennità sostitutiva pari a € 200 ridotta al 50% per Day Hospital/ surgery. Limite temporale spese pre-ricovero: 90 giorni; post ricovero: 120 giorni (180 giorni per neoplasie maligne)
	Massimale € 500.000: nessuno scoperto per strutture convenzionate; scoperto 15% con il massimo di € 7.500 per strutture non convenzionate; indennità sostitutiva pari a € 150 ridotta al 50% per Day Hospital/ surgery. Limite temporale spese pre-ricovero:90 giorni; post ricovero: 120 giorni (180 giorni per neoplasie maligne)
	Massimale € 100.000: nessuno scoperto per strutture convenzionate; scoperto 20% con un minimo di € 1.000 e un massimo di € 10.000 per strutture non convenzionate; indennità sostitutiva pari a € 150,00 ridotta al 50% per Day Hospital/ surgery. Limite temporale spese pre-ricovero:90 giorni; post ricovero: 120 giorni (180 giorni per neoplasie maligne)
Grandi interventi chirurgici	**Massimale illimitato:** nessuno scoperto per strutture convenzionate; scoperto 10% con il massimo di € 5.000 (non applicato in regime intramoenia) per strutture non convenzionate; indennità sostitutiva pari a € 200 ridotta al 50% per Day Hospital/ surgery. Limite temporale spese pre-ricovero: 90 giorni; post ricovero: 120 giorni (180 giorni per neoplasie maligne)
	Massimale € 500.000: nessuno scoperto per strutture convenzionate; scoperto 15% con il massimo di € 7.500 per strutture non convenzionate; indennità sostitutiva pari a € 150 ridotta al 50% per Day Hospital/ surgery. Limite temporale spese pre-ricovero:90 giorni; post ricovero: 120 giorni (180 giorni per neoplasie maligne)
	Massimale € 300.000: nessuno scoperto per strutture convenzionate; scoperto 20% con un massimo di € 10.000 per strutture non convenzionate; indennità sostitutiva pari a € 150,00 ridotta al 50% per Day Hospital/ surgery. Limite temporale spese pre-ricovero:90 giorni; post ricovero: 120 giorni (180 giorni per neoplasie maligne)
Alta diagnostica	**Massimale € 6.000:** per strutture convenzionate scoperto del 15% e franchigia di € 30; per strutture non convenzionate scoperto del 20% e franchigia di € 50; per ricorso al Sistema Sanitario Nazionale nessuno scoperto/franchigia.
	Massimale € 4.500: per strutture convenzionate scoperto del 20% e franchigia di € 40; per strutture non convenzionate scoperto del 20% e franchigia di € 60; per ricorso al Sistema Sanitario Nazionale nessuno scoperto/franchigia.
	Massimale € 3.000: per strutture convenzionate scoperto del 20% e franchigia di € 50; per strutture non convenzionate scoperto del 20% e franchigia di € 75; per ricorso al Sistema Sanitario Nazionale nessuno scoperto/franchigia.
Visite specialistiche	**Massimale** € 4**.000:** per strutture convenzionate e non convenzionate scoperto del 20% e franchigia di € 50; per ricorso al Sistema Sanitario Nazionale nessuno scoperto/franchigia.
	Massimale € 2.500: per strutture convenzionate e non convenzionate scoperto del 20% e franchigia di € 60; per ricorso al Sistema Sanitario Nazionale nessuno scoperto/franchigia.
	Massimale € 1.500: per strutture convenzionate e non convenzionate scoperto del 20% e franchigia di € 75; per ricorso al Sistema Sanitario Nazionale nessuno scoperto/franchigia.

Interventi chirurgici formula forfait	**€ 60.000,00 o € 30.000,00 – per ogni classe di intervento è previsto un rimborso forfettario predefinito**
Rimborso spese pre post-intervento	**€ 5.000,00 (per 90 giorni pre-intervento e 90 giorni post-intervento)**
Indennità giornaliera da ricovero	**€ 200,00 per un massimo di 365 giorni per sinistro**
Indennità giornaliera da convalescenza post ricovero	**€ 200,00 per un massimo di 20 giorni per sinistro**
Indennità giornaliera da gessatura	**€ 200,00 per un massimo di 60 giorni per sinistro**
Cure fisioterapiche da infortunio	**1.000,00 €**
Malattie gravi	**Per Assicurati di età da 18 a 65 anni: da 25.000 € a 100.000 €** **Per Assicurati di età da 66 a 70 anni: da 25.000 € a 50.000 €**
Cure odontoiatriche	Le prestazioni eseguite presso centri odontoiatrici non convenzionati, se incluse in garanzia, sono rimborsate entro importi predefiniti al variare delle prestazioni. Per le Cure odontoiatriche di III Livello non è ammesso il ricorso a Centri odontoiatrici non convenzionati
Tutela legale	**10.000,00 €**



A chi è rivolto questo prodotto?

Offre copertura assicurativa a singoli e famiglie per soddisfare un bisogno di salute e benessere. Anche le società possono sottoscriverla per i soci (esclusi i dipendenti), con estensione alla loro famiglia.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: La quota parte percepita in media dagli intermediari per questo prodotto è pari al 24%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - fax: +39 06 80210.979 - E-mail: reclami@groupama.it La Compagnia è tenuta a rispondere entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it, info su www.ivass.it

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Il tentativo di mediazione è obbligatorio ed è condizione di procedibilità.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Groupama Assicurazioni S.p.A.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	L'Arbitrato può essere attivato, ove previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per la risoluzione di controversie circa la quantificazione del danno, da un arbitro designato dalle parti o, in mancanza di accordo, da un soggetto terzo. Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Regime fiscale: il contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni in vigore in Italia. Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Il cliente, precedentemente affetto da patologie oncologiche, il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.

	Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.groupama.it/diritto-oblio-oncologico/.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. La Compagnia ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. *HOME INSURANCE*), PERTANTO, DOPO LA SOTTOSCRIZIONE, POTRAI UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO (RICHIESTA DI MODIFICHE ANAGRAFICHE, PAGAMENTI).

Groupama
Assicurazioni

SALUTE

Groupama BenEssere InSalute

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Documento redatto secondo le linee guida
“Contratti Semplici e Chiari”

Mod. 220271 - Ed. 07/2026

Torna all’inizio

PREMESSA 4

GLOSSARIO 7

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE 16

Art. 1 Durata e scadenza dell'assicurazione 16
Art. 2 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia 16
Art. 3 Adeguamento del premio in base all'età dell'assicurato 17
Art. 4 Indicizzazione 18
Art. 5 Revisione tecnica del premio 19
Art. 6 Persone non assicurabili 19
Art. 7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 19
Art. 8 Assicurazione per conto proprio o di chi spetta 20
Art. 9 Altre assicurazioni 20
Art. 10 Modifiche dell'assicurazione 20
Art. 11 Rinuncia al diritto di rivalsa 20
Art. 12 Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni 20
Art. 13 Foro competente 21
Art. 14 Oneri fiscali 21
Art. 15 Rinvio alle norme di legge 21

NORME COMUNI DELLE GARANZIE DEL SETTORE SALUTE 22

Art. 16 Esclusioni 22
Art. 17 Termini di carenza 26
Art. 18 Indenizzo forfettario in caso di A.I.D.S. 27
Art. 19 Copertura gratuita primi tre anni di vita o di affido 27
Art. 20 Estensione territoriale 28
Art. 21 Abolizione indennità sostitutiva 28
Art. 22 Garanzia limitata ai soli Interventi chirurgici 28
Art. 23 Massimale per nucleo 29
Art. 24 Franchigia di euro 1.500,00 o 3.000,00 29
Art. 25 Applicazione dello scoperto e della franchigia in strutture convenzionate 29
Art. 26 Eliminazione dello scoperto in strutture non convenzionate 29
Art. 27 Esclusione delle prestazioni conseguenti ad infortunio 29

NORME SPECIFICHE DELLE GARANZIE DEL SETTORE SALUTE 30

GARANZIA RICOVERO 30
Art. 28 Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento chirurgico ambulatoriale 30
Art. 29 Condizioni speciali per la garanzia Ricovero 33
Art. 30 Grandi interventi chirurgici 33
Art. 31 Condizioni speciali per la garanzia Grandi interventi chirurgici 36
Art. 32 Interventi chirurgici formula forfait 36
Art. 33 Rimborso spese pre e post per interventi chirurgici formula forfait 37

GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO 38
Art. 34 Indennità giornaliera da ricovero 38

GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA POST-RICOVERO 39
Art. 35 Indennità giornaliera da convalescenza post-ricovero 39

GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA **40**
Art. 36 Indennità giornaliera da gessatura 40
Art. 37 Condizioni speciali per la garanzia Indennità giornaliera 41

GARANZIA ALTA DIAGNOSTICA **41**
Art. 38 Alta diagnostica 41
Art. 39 Condizioni speciali per la garanzia Alta diagnostica 42

GARANZIA VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI **42**
Art. 40 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici 42
Art. 41 Condizioni speciali per la garanzia Visite specialistiche e accertamenti diagnostici 43

GARANZIA CURE FISIOTERAPICHE DA INFORTUNIO **43**
Art. 42 Cure fisioterapiche da infortunio 43

GARANZIA MALATTIE GRAVI **44**
Art. 43 Limiti di eta' 44
Art. 44 Malattie gravi 44
Art. 45 Periodo di sopravvivenza per Malattie gravi 47

GARANZIE CURE ODONTOIATRICHE **47**
Art. 46 Limiti di età 47
Art. 47 Cure odontoiatriche 47
Art. 48 Trattamenti odontoiatrici complessi 48

PREVENZIONE BASE E GARANZIA PREVENZIONE TOP **48**
Art. 49 Prevenzione 48

GARANZIE ASSISTENZA **50**
Art. 50 Assistenza 50
Art. 51 Limiti di esposizione dell'Assistenza 56

GARANZIA TUTELA LEGALE **57**
Art. 52 Tutela legale 57
Art. 53 Limiti di esposizione della Tutela legale 58

NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE **59**

Art. 54 Soggetti di riferimento per la gestione dei sinistri 59
Art. 55 Responsabilità prestazioni eseguite da strutture sanitarie convenzionate 60
Art. 56 Denuncia del sinistro – obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato 60
Art. 57 Assistenza diretta con utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati 61
Art. 58 Assistenza diretta parziale con utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati 63
Art. 59 Rimborso delle prestazioni non usufruite in assistenza diretta 63
Art. 60 Utilizzo del Sistema Sanitario Nazionale 64
Art. 61 Richiesta dell'indennitá sostitutiva 64
Art. 62 Corresponsione delle indennitá giornaliere 65
Art. 63 Corresponsione delle prestazioni di cui alla garanzia interventi chirurgici formula forfait 65
Art. 64 Corresponsione dell'indennizzo per Malattia grave 66

Art. 65 Pagamento dell'indennizzo 66
Art. 66 Controversie: arbitrato irrituale 66
Art. 67 Prescrizione 67

NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE ASSISTENZA 68

Art. 68 Utilizzo del servizio di Assistenza 68
Art. 69 Limitazione di responsabilità della struttura organizzativa 68
Art. 70 Denuncia del sinistro – obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato 68
Art. 71 Prescrizione 68

NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE TUTELA LEGALE 69

Art. 72 Soggetti di riferimento per la gestione dei sinistri 69
Art. 73 Insorgenza del sinistro 69
Art. 74 Termini di denuncia del sinistro e fornitura dei mezzi di prova 69
Art. 75 Gestione del sinistro, scelta dell'avvocato e pagamento delle spese 70
Art. 76 Limitazione di responsabilità 70
Art. 77 Restituzione delle spese anticipate 70

ALLEGATO 1 – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI 71

ALLEGATO 2 – ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI FORMULA FORFAIT 74

ALLEGATO 3 – PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE ASSICURATE 102

ALLEGATO 4 – SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA PER CURE DI III LIVELLO 106

PREMESSA

Groupama BenEssere InSalute è un prodotto assicurativo che consente di acquistare una o più garanzie dei tre settori **Salute, Assistenza e Tutela Legale**.

Per attivare la Polizza è necessario selezionare una delle garanzie base del settore Salute:
- **Ricovero**
- **Grandi interventi chirurgici**
- **Interventi Chirurgici formula forfait**
- **Indennità giornaliera in caso di Ricovero**, attivabile da sola o con una delle garanzie base sopra riportate

Indipendentemente dalle garanzie base attivate, è sempre attiva la garanzia di **Assistenza Base.**

È possibile arricchire ulteriormente la copertura attivando una o più delle garanzie opzionali di seguito elencate.

Le garanzie opzionali del settore Salute sono:
- **Indennità giornaliera da convalescenza**, acquistabile se attivata la garanzia base Indennità giornaliera da Ricovero
- **Indennità giornaliera da gessatura**, acquistabile se attivata la garanzia base Indennità giornaliera da Ricovero
- **Alta diagnostica**, acquistabile se attivata la garanzia base Ricovero o Grandi Interventi Chirurgici
- **Visite specialistiche e accertamenti diagnostici**, acquistabile se attivata la garanzia opzionale Alta diagnostica
- **Cure fisioterapiche da Infortunio**, acquistabile se attivata la garanzia opzionale Visite specialistiche e accertamenti diagnostici
- **Rimborso spese pre e post per interventi chirurgici formula forfait**, acquistabile se attivata la garanzia base Interventi Chirurgici formula forfait
- **Malattie gravi**
- **Cure odontoiatriche - Prevenzione e cure di I Livello**
- **Cure odontoiatriche - Cure di II Livello,** acquistabile se attivata la garanzia opzionale Cure odontoiatriche - Prevenzione e cure di I Livello
- **Cure odontoiatriche - Cure di III Livello**, acquistabile se attivata la garanzia opzionale Cure odontoiatriche – Cure di II Livello
- **Prevenzione TOP**, acquistabile se attivata la garanzia base Ricovero o Grandi Interventi Chirurgici

Per il settore Assistenza è opzionale la garanzia:
- **Assistenza Top**

Il settore Tutela legale è opzionabile con la garanzia:
- **Tutela legale**

Nella seguente tabella sono schematizzate le regole secondo cui si possono combinare le differenti garanzie.

	Garanzia attiva
	Garanzia attivabile
	Garanzia non attiva

			GARANZIE BASE PER ATTIVARE LA POLIZZA			
		TUTTE LE GARANZIE	RICOVERO	GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	INTERVENTI CHIRURGICI FORMULA FORFAIT	INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO
Settore Salute	Garanzie base	Ricovero				
		Grandi Interventi Chirurgici				
		Interventi Chirurgici formula forfait				
		Indennità giornaliera da Ricovero				
	Garanzie opzionali	Indennità giornaliera da convalescenza	se attiva Indennità giornaliera da Ricovero	se attiva Indennità giornaliera da Ricovero	se attiva Indennità giornaliera da Ricovero	
		Indennità giornaliera da gessatura	se attiva Indennità giornaliera da Ricovero	se attiva Indennità giornaliera da Ricovero	se attiva Indennità giornaliera da Ricovero	
		Alta diagnostica				
		Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	se attivata Alta diagnostica	se attivata Alta diagnostica		
		Cure fisioterapiche da Infortunio	se attiva Visite specialistiche e diagnostica	se attiva Visite specialistiche e diagnostica		
		Malattie gravi				
		Cure odontoiatriche -Prevenzione e cure di I Livello				
		Cure odontoiatriche - Cure di II Livello	se attiva Cure odontoiatriche -Prevenzione e cure di I Livello	se attiva Cure odontoiatriche -Prevenzione e cure di I Livello	se attiva Cure odontoiatriche -Prevenzione e cure di I Livello	se attiva Cure odontoiatriche -Prevenzione e cure di I Livello
		Cure odontoiatriche - Cure di III Livello	se attiva Cure odontoiatriche - Cure di II Livello	se attiva Cure odontoiatriche - Cure di II Livello	se attiva Cure odontoiatriche - Cure di II Livello	se attiva Cure odontoiatriche - Cure di II Livello
		Prevenzione Top				
		Rimborso spese pre e post per interventi chirurgici formula forfait				
Settore Assistenza	Garanzia base	Assistenza Base				
	Garanzia opzionale	Assistenza Top				
Settore Tutela legale	Garanzia opzionale	Tutela legale				

Le informazioni in questa pagina hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su alcuni aspetti delle condizioni di assicurazione:

- le dichiarazioni fornite nel Questionario sanitario (mod. 220005) riportate nel documento di Polizza, costituiscono parte integrante della Polizza stessa (mod. 220271P);
- l'assicurazione opera solo per i soggetti e le garanzie indicate in Polizza e per le quali è stato pagato il relativo premio;
- l'assicurazione è prestata per le somme assicurate indicate in Polizza;
- alcune garanzie possono prevedere limiti di indennizzo, scoperti e/o franchigie indicati sulla Polizza e nelle Condizioni di Assicurazione;
- le limitazioni e le esclusioni, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo, sono indicate in Polizza ed evidenziate nelle Condizioni di Assicurazione.

Groupama Assicurazioni S.p.A. (di seguito Groupama Assicurazioni) ha redatto questo contratto perché sia di facile e immediata comprensione.
Alcune parole, presenti all'interno del testo, assumono un significato preciso per questo contratto e per la legge: si tratta delle Definizioni riportate all'interno del Glossario. Queste parole sono evidenziate all'interno delle Condizioni di Assicurazioni con la lettera maiuscola.

Gli articoli contrassegnati da questa icona  sono quelli che il Contraente dovrà firmare in fase di sottoscrizione del contratto.
Mentre, le parti di testo contrassegnate da quest'altra icona  o evidenziati in grassetto, sono quelli sui quali il Contraente dovrà prestare particolare attenzione.

GLOSSARIO

A

ABORTO TERAPEUTICO
Interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO
Prestazione medica strumentale, a carattere anche cruento e/o invasivo, per ricercare e/o definire la presenza e/o il decorso di una Malattia o di un Infortunio.

ALIMENTI A FINI MEDICI SPECIALI (AFMS)
Prodotti volti al trattamento dietetico di soggetti affetti da malattie o condizioni mediche che determinano vulnerabilità nutrizionale, cioè l'impossibilità o la forte difficoltà ad alimentarsi utilizzando i comuni alimenti, per soddisfare il loro fabbisogno nutritivo.
Gli AFMS sono notificati al Ministero della Salute ai fini dell'emissione in commercio e consultabili su apposito registro:https://www.salute.gov.it/new/it/tema/alimenti-particolari-integratori-e-novel-food/registro-nazionale-alimenti-fini-medici-speciali/

AMBULATORIO
La struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

ASSICURATO
Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE
Il contratto di assicurazione.

ASSISTENZA
L'aiuto tempestivo all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro, fornito da Groupama Assicurazioni tramite la Struttura Organizzativa, in denaro o in natura.

ATTO DOLOSO
L'atto è doloso quando l'evento dannoso o pericoloso è preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione.

C

CARTELLA CLINICA
Documento avente natura di atto pubblico, redatto durante il Ricovero, diurno o con pernottamento.

CARTA ASSISTENZA
Carta assistenza digitale disponibile sull'applicazione della Società di Gestione dei Servizi di

Assistenza e dei Sinistri Malattia, utilizzabile per accedere al network di strutture sanitarie convenzionate beneficiando delle condizioni economiche riservate ai sottoscrittori di Groupama BenEssere InSalute.

CENTRALE OPERATIVA
La struttura della Società di Gestione dei servizi di Assistenza e dei sinistri Malattia che provvede all'erogazione delle prestazioni della garanzia di assistenza o a predisporre quanto necessario per la relativa erogazione, nonché alla gestione dei sinistri Malattia.

CENTRO DIAGNOSTICO CONVENZIONATO
Poliambulatorio sanitario, regolarmente autorizzato per le indagini diagnostiche, convenzionato con Groupama Assicurazioni per il tramite della Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia. L'elenco dei centri diagnostici convenzionati è disponibile sul sito internet www.groupama.it.

CENTRO FISIOTERAPICO E RIABILITATIVO
Centro regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni riabilitative e rieducative composto da operatori qualificati.

CENTRO ODONTOIATRICO CONVENZIONATO
Strutture convenzionate con la Società di Gestione dei servizi di Assistenza e dei sinistri Malattia, costituite da centri e studi odontoiatrici, nonché da medici odontoiatrici, che provvedono ad erogare, in favore dell'Assicurato, le prestazioni previste dal presente contratto di Assicurazione.

CENTRO ODONTOIATRICO NON CONVENZIONATO
Centri e studi odontoiatrici, nonché medici odontoiatrici non facenti parte dei Centri Odontoiatrici Convenzionati con la Società di Gestione dei servizi di Assistenza e dei sinistri Malattia.

CONTRAENTE
Il soggetto che sottoscrive l'assicurazione e paga il premio.

COSTITUZIONE DI PARTE CIVILE
Richiesta di risarcimento danni, nel processo penale, da parte di chi ha subito il reato.

D

DANNO DI NATURA CONTRATTUALE
Danno dovuto ad un inadempimento o violazione di una obbligazione assunta tramite un contratto. scritto o verbale.

DANNO EXTRACONTRATTUALE
Danno ingiusto conseguente a fatto illecito.

DAY HOSPITAL
La degenza in istituto di cura, documentata da Cartella Clinica completa di S.D.O. (scheda dimissione ospedaliera), senza pernottamento per lo svolgimento di accertamenti diagnostici, visite specialistiche e terapie. Non è considerato Day Hospital la permanenza in istituto presso il Pronto Soccorso.

DAY SURGERY
La degenza in istituto di cura, documentata da Cartella Clinica completa di S.D.O. (scheda dimissione ospedaliera), senza pernottamento e comportante Intervento Chirurgico.

DATA DI DECORRENZA
Data indicata sulla Polizza dalla quale l'Assicurazione è efficace.

DIAGNOSI DI/DELLA MALATTIA GRAVE
La diagnosi, certificata da medico specialista, di una delle malattie gravi incluse nell'omonima garanzia, confermata da documentazione sanitaria e accertamenti che attestino le condizioni, definite per ogni malattia grave, quali necessarie per l'attivazione della garanzia.

DICHIARAZIONI SANITARIE
Il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. Il documento deve essere compilato prima di stipulare il contratto assicurativo e sottoscritto dall'Assicurato stesso o da chi ne esercita la potestà.

DIFETTI FISICI
Conformazioni anomale di parti anatomiche (obiettivabili o clinicamente diagnosticate) e loro conseguenze peggiorative.

DIRETTA
Modalità di erogazione della prestazione, che presuppone l'utilizzo di strutture sanitarie, Centri diagnostici, Fisioterapici e/o Odontoiatrici Convenzionati e dell'autorizzazione da parte della Struttura Organizzativa, con conseguente accollo da parte della Società dei costi dei trattamenti fruiti dall'Assicurato stesso.

DOCUMENTAZIONE MEDICA
Cartella Clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

DURATA
Periodo di validità del contratto, anche indicato sulla Polizza.

E

EBBREZZA
Si considera in stato di ebbrezza l'Assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcolemico pari o superiore a 1,5 grammi/litro.

ENDOPROTESI
Struttura protesica, compresi apparecchi terapeutici, applicati all'interno del corpo umano in corso di Intervento Chirurgico.

ESECUZIONE FORZATA
Azione forzata del creditore per riscuotere il credito (es: pignoramento dei beni).

F

FARMACO
Sostanza (o associazione di sostanze), inserita nella Farmacopea Ufficiale, destinata alla diagnosi, alla cura o alla prevenzione di una Malattia e utilizzata per ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche, attraverso un'azione farmacologica, immunologica o metabolica.
A titolo esemplificativo sono esclusi i medicinali omeopatici, i parafarmaci e gli integratori alimentari.

FATTO ILLECITO
Qualunque comportamento doloso o colposo, tenuto cioè con intenzione di nuocere o con disattenzione, imprudenza, imperizia, negligenza che cagiona ad altri un danno ingiusto, e obbliga il suo autore al risarcimento del danno causato.

FRANCHIGIA
L'importo prestabilito che in caso di danno l'Assicurato tiene a suo carico e che, per ciascun sinistro, viene detratto dall'indennizzo.

G

GESSATURA
L'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali similari, applicati presso Istituti di Cura ed inamovibili da parte dell'Assicurato, con esclusione di tutti i tutori preconfezionati. Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche di Zimmer, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, prescritta da specialista ortopedico e inamovibili da parte dell'Assicurato, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia. È equiparata a gessatura anche l'immobilizzazione dovuta a frattura del bacino, fratture scomposte delle coste o a frattura composta di almeno due archi costali.
Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini della validità della garanzia assicurativa:
a) le fasce elastiche in genere (ad eccezione degli anelli ad otto o di Gill Christ);
b) i bendaggi alla colla di zinco, i bendaggi molli applicati a puro scopo protettivo come nel caso di medicazioni di ferite extrarticolari o di ustioni;
c) i busti ortopedici elastici (collare cervicale molle senza appoggio mentoniero, collare di Shanz, Colombari o Philadelphia, collare cervicale semirigido in plastica, bustini ortopedici con o senza stecche, polsiera elastica, tutore di spalla, gomitiera elastica o in neoprene, il reggibraccio, tutore per scafoide, ginocchiera elastica aperta e chiusa con o senza rinforzi ma con snodi non bloccati, cavigliera, tutore per caviglia);
d) ortesi rigide (busto ortopedico tipo CAMP, corsetto di Taylor, corsetto dorso lombare e lombo sacrale in politene);
e) altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lettere a), b), c) e d);
f) i mezzi di osteosintesi interni applicati chirurgicamente per ridurre e sintetizzare le fratture ossee.

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO
L'Intervento Chirurgico, reso necessario da Malattia o Infortunio, rientrante nell'elenco dell'Allegato 1 ⇨ Elenco Grandi Interventi Chirurgici.

I

INDENNIZZO
La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

INFORTUNIO
L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INTEGRATORE ALIMENTARE (o complementi alimentari o supplementi alimentari)
Prodotti alimentari destinati ad integrare la comune dieta, che possono contribuire al benessere ottimizzando lo stato di salute o favorendo la normalità delle funzioni dell'organismo con l'apporto di nutrienti o altre sostanze ad effetto nutritivo o fisiologico.

INTERVENTO CHIRURGICO
Atto medico perseguito attraverso la cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi si intendono equiparati ad Intervento Chirurgico anche: riduzione incruenta di fratture e lussazioni, diatermocoagulazione, crioterapia, litotrissia, biopsia, endoscopia con biopsia, gessatura, sutura, artroscopia.

ISTITUTO DI CURA
Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fitoterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani.

ISTITUTO DI CURA CONVENZIONATO
Istituto di cura convenzionato con Groupama Assicurazioni per il tramite della Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia. L'elenco degli istituti di cura convenzionati è disponibile sul sito internet www.groupama.it

IVASS
L'IVASS (già ISVAP), Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire l'adeguata protezione degli assicurati perseguendo la sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione e riassicurazione e la loro trasparenza e correttezza nei confronti della clientela. L'Istituto persegue altresì la stabilità del sistema e dei mercati finanziari.

L

LIVELLO
Insieme di prestazioni odontoiatriche ragionevolmente raggruppate per obiettivo terapeutico. I livelli sono: cure di I, II e III.

LUNGODEGENZA
Ricovero determinato da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che danno luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

M

MALATTIA
Ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

MALATTIA COESISTENTE
Malattia o invalidità presente nell'Assicurato, che non determini alcuna influenza sulla Malattia denunciata come sinistro, e/o sulla invalidità permanente da essa causata, in quanto interessa sistemi organo - funzionali diversi.

MALATTIA CONCORRENTE
Malattia o invalidità presente nell'Assicurato, che determini una influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata come sinistro, e/o sulla invalidità permanente da essa causata, in quanto interessa uno stesso sistema organo - funzionale.

MALFORMAZIONE
Anomalia somatica grossolana nota o non nota all'Assicurato.

MALPRACTICE MEDICA
Mancato rispetto delle linee guida minime per la assistenza specializzata che provoca danni fisici o lesioni gravi e permanenti (o morte) al paziente.

MASSIMALE
La somma fino a concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Groupama Assicurazioni presta la garanzia.

MEDIAZIONE
L'istituto giuridico è stato introdotto con il D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010. Il Procedimento si svolge dinanzi ad un Organismo di Mediazione, avente requisiti di terzietà, finalizzata alla ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia.

MEDICINALE OMEOPATICO
Ogni medicinale ottenuto a partire da sostanze denominate materiali di partenza per preparazioni omeopatiche o ceppi omeopatici, secondo un processo di produzione omeopatico descritto dalla farmacopea europea o, in assenza di tale descrizione, dalle farmacopee utilizzate ufficialmente negli Stati membri della Comunità europea.

MEDICO CONVENZIONATO
Medico convenzionato con Groupama Assicurazioni per il tramite della Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia.

O

OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (OBI)
La degenza, per un massimo di 44 ore, per pazienti che presentano patologie con necessità

di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali e corredato da relativa certificazione medica. La permanenza in O.B.I. deve essere documentata da una specifica scheda contenente il diario clinico, le indagini e le terapie eseguite, le diagnosi e l'esito, che deve essere integrata nella documentazione di Pronto Soccorso.

ORGANISMO DI MEDIAZIONE
Ente pubblico o privato iscritto nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della Giustizia (registro degli organismi di mediazione istituito ai sensi dell'art. 16, D.lgs. 28/2010).

P

PARAFARMACO
Sostanza o prodotto comunemente venduto in farmacia, il cui acquisto è provato da scontrino fiscale recante il codice fiscale dell'Assicurato, ma che ha funzione coadiuvante rispetto ai farmaci veri e propri.

PATOLOGIE PREESISTENTI
Malattie in genere già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche, esami clinici (strumentali o di laboratorio) o visite anteriormente alla Data di Decorrenza.

PERITO
Chi esegue un accertamento tecnico, perizia, che può essere incaricato da una delle parti (C.T.P. consulente tecnico di parte) o dal giudice (C.T.U. consulente tecnico d'ufficio).

POLIZZA
Il documento, sottoscritto dalle Parti, che prova l'assicurazione.

PREMIO
Il corrispettivo che il Contraente versa a Groupama Assicurazioni per l'Assicurazione.

PRESCRIZIONE
estinzione di un diritto perché non esercitato dal suo titolare per il periodo di tempo indicato dalla legge.

PREVENZIONE ODONTOIATRICA
Una serie di misure o azioni destinate a promuovere la salute orale che implicano procedure o servizi coperti dalla presente assicurazione, indicate al fine di evitare la formazione di carie dentarie o malattie periodontali.

Q

QUESTIONARIO SANITARIO
Il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. Il documento deve essere compilato prima di stipulare il contratto assicurativo e sottoscritto dall'Assicurato stesso o da chi ne esercita la potestà. Per l'attivazione della sola garanzia opzionale Cure odontoiatriche non viene richiesta alcuna dichiarazione sanitaria.

R

RICOVERO
La degenza, indicata da un sanitario e comportante il pernottamento in Struttura sanitaria, documentata da Cartella Clinica (anche in formato digitale).

RISCHIO
La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

S

SCADENZA MASSIMA
Termine ultimo di efficacia di una singola garanzia, indicato in Polizza, indipendente dalla durata dell'Assicurazione.

SCHEDA ANAMNESTICA (valida solo per le cure di III Livello incluse nella garanzia opzionale Cure odontoiatriche)
Documento compilato e sottoscritto dal medico odontoiatra che ha in cura l'Assicurato, che riepiloga lo stato di salute della bocca dell'Assicurato. Il documento deve essere inviato alla Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia in occasione della prima richiesta di attivazione, nella modalità sia Diretta che Indiretta.

SCOPERTO
La quota parte delle spese sostenute, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

SINISTRO
Si considera sinistro: il Ricovero, l'Intervento Chirurgico, il Ricovero domiciliare o, in assenza dei suddetti eventi, le altre prestazioni sanitarie o indennità assicurate. Il momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di inizio del Ricovero o del Day Hospital / Day Surgery, con il giorno dell'Intervento Chirurgico senza Ricovero o di esecuzione della prestazione sanitaria assicurata. Per le prestazioni di Assistenza si considera sinistro il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata la garanzia.

SOCIETÀ
Groupama Assicurazioni S.p.A.

SOCIETÀ DI GESTIONE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA E SINISTRI MALATTIA
My Assistance S.r.l – Via Montecuccoli 20/21- 20147 Milano.

SPESE DI GIUSTIZIA
Spese definite dal D.P.R. n. 115/2002.

SPESE DI SOCCOMBENZA
Spese legali o peritali che una parte deve versare all'altra per decisione del giudice.

SPORT PROFESSIONISTICO
Attività sportiva svolta in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualsiasi natura che costituisca reddito imponibile. Non si considera sport professionistico l'attività sportiva a fronte della quale viene percepito il rimborso delle spese effettivamente sostenute nonché, se presente, una remunerazione in premi o in denaro

purché la stessa non costituisca fonte di reddito imponibile, neanche come redditi diversi, ai sensi del TUIR 917.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA
La struttura della Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia costituita da medici, tecnici e operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Groupama Assicurazioni, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato per l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni della garanzia di assistenza, per coadiuvare l'Assicurato nella scelta degli istituti di cura, dei centri diagnostici e degli studi odontoiatrici convenzionati e per la gestione dei sinistri Malattia.

T

TERMINI DI CARENZA
Il periodo di tempo, immediatamente successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale le coperture assicurative non sono operanti.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI
Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equipollente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

TUTELA LEGALE
L'assicurazione Tutela Legale ai sensi del D.Lgs. n. 209/2005 artt. 163, 164, 173, 174 e correlati.

V

VERTENZA
Conflitto di pretese tra assicurato e controparte o altro procedimento di natura civile, penale o amministrativa.

VISITA SPECIALISTICA
Visita effettuata da medico fornito in possesso di titolo di specializzazione inerente alla patologia motivo della visita stessa. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Non sono inoltre considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

ART. 1 – DURATA E SCADENZA DELL'ASSICURAZIONE

La durata dell'Assicurazione è indicata in Polizza. In relazione a specifiche garanzie potrebbe essere indicata una diversa data di Scadenza Massima.
La durata dell'Assicurazione è di un anno, salvo che la stessa sia stata stipulata per una minore durata oppure sia stata stipulata per una durata poliennale (quindi di almeno 2 anni). In quest'ultimo caso il Premio, per ciascuna annualità, viene calcolato con applicazione della riduzione percentuale indicata in Polizza.
Se la Polizza prevede il tacito rinnovo, vuol dire che l'Assicurazione, terminato il periodo di durata indicato in Polizza, si rinnova automaticamente ogni anno per la durata di un anno e così via a ogni scadenza successiva, a meno che ne sia data disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza per tempo vigente.
Nel caso in cui per una specifica garanzia sia indicata in Polizza una data di Scadenza Massima consentita, non è possibile il rinnovo automatico di tale garanzia anche in caso di rinnovo della Polizza a data successiva a quella di Scadenza Massima: pertanto la Polizza, a ogni suo rinnovo, resterà efficace con riferimento alle garanzie che non abbiano oltrepassato la loro data di Scadenza Massima.
Se la Polizza non prevede il tacito rinnovo, invece, l'Assicurazione scade, senza obbligo di disdetta, alle ore 24 del giorno ultimo di durata indicato in Polizza.
Non è previsto l'Indennizzo di alcun sinistro verificatosi dopo la data di scadenza dell'assicurazione.

ART. 2 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; in caso contrario, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. **Restano in ogni caso validi i Termini di Carenza relativi alle garanzie acquistate previsti all'art. 17 ⇨ Termini di Carenza**.

Il premio può essere frazionato in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali e mensili con l'applicazione di un aumento rispettivamente del 2%, 3% e del 4% sia per il frazionamento trimestrale che per quello mensile.
Le modalità di pagamento riconosciute da Groupama Assicurazioni sono:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile intestato a Groupama Assicurazioni o all'Intermediario, in tale sua qualità, ovvero girato nei limiti consentiti dalla vigente normativa in materia;
- bonifico e/o altro mezzo di pagamento bancario, postale o elettronico, comunque sempre emesso a favore di Groupama Assicurazioni o dell'Intermediario, in tale sua qualità;
- contanti fino al limite consentito dalla vigente normativa in materia;
- autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD – Sepa Direct Debit).

In caso di pagamento mediante SDD, in fase di stipula del contratto il Contraente deve compilare e sottoscrivere il relativo mandato di addebito diretto sul conto corrente ("mandato SDD") fornito da Groupama Assicurazioni così come, in caso di modifica del conto corrente, deve darne avviso e compilarne uno nuovo per garantire la continuità dei versamenti. Le richieste di variazione o modifica del mandato SDD devono essere effettuate presso il proprio intermediario di riferimento.
Groupama Assicurazioni recepisce tali variazioni non oltre sessanta giorni dal ricevimento della relativa comunicazione.
Nel caso in cui sia stato pattuito il pagamento mediante addebito diretto SDD:

- la prima rata di premio o le prime tre mensilità, in caso di frazionamento mensile, sono corrisposte all'intermediario alla sottoscrizione con una delle modalità ammesse;

- l'SDD è attivato dalla prima rata successiva o, in caso di frazionamento mensile, dalla quarta mensilità.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, **l'assicurazione resta sospesa**, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1901 C.C., dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla scadenza e riprende vigore **dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto di Groupama Assicurazioni al pagamento dei premi scaduti.**
Se il Contraente non paga entro 90 giorni dalla scadenza una rata di premio successiva alla prima, i Termini di Carenza di cui all'art. 17 decorrono nuovamente dalle ore 24 del giorno di pagamento.
Trascorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia pagato la rata arretrata il contratto è risolto.

Si precisa che per ciascuna rata di premio da corrispondere con mandato SDD vengono effettuati al massimo due tentativi di addebito, in caso di mancato buon fine anche del secondo tentativo la copertura resta sospesa, come indicato in precedenza e l'addebito SDD viene sospeso. Il Contraente deve provvedere, mediante il proprio intermediario, al pagamento delle rate insolute, alla riattivazione della copertura assicurativa e al pagamento premi per le successive rate (art. 1901 Codice Civile).

Il premio è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se è stato pattuito il frazionamento in più rate.

ART. 3 – ADEGUAMENTO DEL PREMIO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO

Alla scadenza di ogni annualità, il premio è automaticamente aggiornato in base all'età raggiunta dall'Assicurato per le garanzie:
- Ricovero;
- Grandi Interventi Chirurgici;
- Interventi Chirurgici formula forfait;
- Indennità giornaliera in caso di Ricovero;
- Indennità giornaliera da convalescenza;
- Indennità giornaliera da gessatura;
- Alta diagnostica;
- Visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- Malattie gravi.

Le percentuali di adeguamento sono riportate nelle tabelle seguenti, differenziate per garanzie.

PERCENTUALI DI ADEGUAMENTO DEL PREMIO ANNUO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO PER LE GARANZIE:

RICOVERO – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI – INTERVENTI CHIRURGICI FORMULA FORFAIT – INDENNITÀ GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO – INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA – INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA – ALTA DIAGNOSTICA – VISITE SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICA

Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali
0	-	20	3,75%	40	2,50%	60	4,00%
1	3,00%	21	3,50%	41	2,75%	61	4,00%
2	3,00%	22	3,35%	42	2,75%	62	4,00%
3	3,00%	23	3,00%	43	2,75%	63	4,00%
4	3,00%	24	3,00%	44	2,85%	64	4,00%
5	3,00%	25	2,75%	45	2,85%	65	4,00%
6	3,00%	26	2,50%	46	2,85%	66	4,50%
7	3,00%	27	2,50%	47	2,85%	67	4,50%
8	3,00%	28	2,50%	48	2,85%	68	4,50%
9	3,00%	29	2,50%	49	2,85%	69	4,50%
10	3,00%	30	2,50%	50	3,00%	70	5,00%

11	3,00%	31	2,50%	51	3,25%	71	5,00%
12	3,00%	32	2,50%	52	3,50%	72	5,00%
13	3,00%	33	2,50%	53	3,50%	73	5,00%
14	3,00%	34	2,50%	54	3,50%	74	5,00%
15	3,00%	35	2,50%	55	3,50%	75	5,00%
16	3,25%	36	2,50%	56	3,75%	76	5,00%
17	3,50%	37	2,50%	57	3,75%	77	5,00%
18	3,75%	38	2,50%	58	3,75%	78	5,00%
19	3,75%	39	2,50%	59	3,75%	79-80	5,00%

PERCENTUALI DI ADEGUAMENTO DEL PREMIO ANNUO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO PER LA GARANZIA:

MALATTIE GRAVI

Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali
18	-	33	9,03%	48	9,34%	63	7,85%
19	13,21%	34	9,47%	49	9,75%	64	8,01%
20	10,00%	35	9,73%	50	10,11%	65	8,03%
21	9,09%	36	9,85%	51	10,55%	66	8,09%
22	6,94%	37	10,31%	52	10,33%	67	7,92%
23	5,19%	38	10,98%	53	10,17%	68	7,80%
24	6,17%	39	12,45%	54	10,34%	69	8,00%
25	6,98%	40	10,75%	55	10,54%	70	7,71%
26	6,52%	41	7,94%	56	10,83%	71	7,46%
27	7,14%	42	8,17%	57	10,52%	72	7,20%
28	7,62%	43	8,82%	58	10,44%	73	7,00%
29	7,96%	44	8,80%	59	10,46%	74	7,25%
30	8,20%	45	8,94%	60	9,42%		
31	7,58%	46	8,98%	61	8,47%		
32	9,15%	47	9,32%	62	8,15%		

ART. 4 - INDICIZZAZIONE

Il premio, le somme assicurate, i massimali e i limiti di indennizzo riportati in euro sono soggetti ad adeguamento automatico in proporzione alle variazioni percentuali dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per l'intera collettività – Servizi sanitari e spese per la salute.
L'adeguamento si effettua, per la prima volta, confrontando l'indice indicato in Polizza, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente quello di stipula, con quello del successivo mese di giugno. Le variazioni in negativo dell'indice non comportano adeguamento. Gli aumenti sono applicati a partire dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione. Gli adeguamenti successivi vengono effettuati allo stesso modo, prendendo a riferimento l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni.

In caso di ritardata pubblicazione dell'indice viene preso a riferimento l'ultimo indice mensile conosciuto dell'anno precedente. Se l'ISTAT modifica la composizione ed i parametri dell'indice, l'adeguamento viene calcolato in base alla variazione percentuale relativa al nuovo indice così risultante.
L' adeguamento è previsto per le garanzie:

- Ricovero;
- Grandi Interventi Chirurgici;
- Interventi Chirurgici formula forfait;
- Alta diagnostica;
- Visite specialistiche e diagnostica;
- Cure fisioterapiche da Infortunio.

ART. 5 – REVISIONE TECNICA DEL PREMIO

Groupama Assicurazioni ha la facoltà di modificare il premio pattuito per ciascuna garanzia prevista dal prodotto in occasione di ciascuna scadenza annuale (quietanza di rinnovo), nel caso si verifichi anche uno solo dei seguenti eventi:

a) variazioni oggettive del Servizio Sanitario Nazionale che comportino la riduzione delle prestazioni dallo stesso fornite;
b) dichiarazione formale di pandemia da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità o di altro soggetto autorizzato dalle norme internazionali o nazionali;
c) variazioni oggettive riguardanti l'evoluzione del costo o della frequenza delle prestazioni afferenti alle basi statistico-attuariali utilizzate per la determinazione della tariffa. L'operatività del presente punto c) decorre dal 1° settembre del 2026 e può essere ripetuta ad intervalli non inferiori a 3 anni.

La facoltà può essere esercitata in tutta la durata del Contratto, se anche uno solo dei tre eventi sopra citati si verifica in uno degli anni successivi al 1° ottobre 2024. L'eventuale modifica del premio non ha effetto sui premi già pagati.
L'esercizio della facoltà può ripetersi negli anni successivi per il verificarsi di ulteriori eventi sopra citati. La mancata applicazione della clausola in una annualità, nonostante il verificarsi di uno degli eventi sopra citati, non comporta rinuncia.
In caso di revisione del premio, a massima tutela degli interessi e dei diritti del Contraente, Groupama Assicurazioni, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione, comunicherà al Contraente indicazioni in merito al nuovo Premio. Il Contraente avrà sempre facoltà di disdettare dal Contratto, senza sostenere alcun onere o costo, semplicemente dandone comunicazione almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione con lettera raccomandata, oppure mediante Posta elettronica certificata, se il Contraente ne è in possesso, diretta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o a Groupama Assicurazioni.
In caso di disdetta da parte del Contraente il Contratto cesserà di avere effetto dalle ore 24:00 del giorno della scadenza del periodo assicurativo indicato in polizza. In caso, invece, di mancato esercizio della facoltà di disdetta da parte del Contraente il Contratto s'intenderà rinnovato alle nuove condizioni di Premio e la copertura proseguirà alla scadenza per un ulteriore periodo assicurativo

ART. 6 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone residenti all'estero (ad eccezione dei residenti nella Repubblica di San Marino e nello Stato Città del Vaticano) **e le persone che al momento della stipula della Polizza, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, siano affette da alcoolismo, tossicodipendenza o A.I.D.S.**
Al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, fatta eccezione per quanto previsto al successivo art. 18 ⇨ Indennizzo forfettario in caso di A.I.D.S., l'assicurazione stessa termina contestualmente (art. 1898 C.C.), senza l'obbligo per Groupama Assicurazioni di corrispondere indennizzo.
In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, Groupama Assicurazioni restituisce al Contraente la parte di premio netto già pagata e non goduta. Il premio pagato e non goduto è quella parte di premio relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 7 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Per l'attivazione della Polizza, in funzione delle garanzie prescelte, è richiesta **la sottoscrizione di una Dichiarazione sanitaria o la compilazione e sottoscrizione di un Questionario sanitario.**
Groupama Assicurazioni, acconsente all'attivazione della Polizza e determina il premio in base alle dichiarazioni del Contraente o dell'Assicurato, rilasciate nei documenti previsti.
Le dichiarazioni rese devono essere veritiere, esatte e complete e devono riguardare anche eventuali infortuni o patologie:

- già in precedenza dichiarati;
- già oggetto di precedenti indennizzi da parte di Groupama Assicurazioni.

La Dichiarazione sanitaria o il Questionario sanitario sono aggiornati in caso di sostituzione del contratto per variazioni relative alla durata e/o alle garanzie, incluse eventuali modifiche dei livelli di copertura precedentemente operanti.
Nel caso di uno o più precedenti sanitari, dichiarati nel Questionario sanitario, Groupama Assicurazioni può escludere tali precedenti dalla copertura o limitarne la copertura prevedendo franchigie e/o scoperti, da applicarsi a ogni sinistro riguardante tali precedenti.
Le eventuali esclusioni o limitazioni di copertura sono indicate in Polizza.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio (malattie e/o infortuni pregressi, residenza dell'Assicurato e sue variazioni), possono comportare la perdita totale o parziale dell'Indennizzo e la cessazione dell'assicurazione, come previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.
Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193 ("Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche"), a partire dal 2 gennaio 2024, in fase di stipulazione e rinnovo di una polizza assicurativa l'Assicurato non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni, ridotto a 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età compiuti o a diverso termine per alcune patologie espressamente individuate dalla normativa. Qualora informazioni relative ai casi previsti dalla legge venissero erroneamente riportate dall'Assicurato durante la fase assuntiva o qualora siano comunque nella disponibilità dell'operatore o dell'intermediario, le stesse non potranno essere utilizzate dalla Compagnia per la determinazione delle condizioni contrattuali.

ART. 8 - ASSICURAZIONE PER CONTO PROPRIO O DI CHI SPETTA

La presente assicurazione è stipulata per conto proprio o nell'interesse di chi spetta; gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti dal Contraente, ad eccezione di quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come previsto dall'art. 1891 C.C.

ART. 9 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto a Groupama Assicurazioni l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'art. 1910 C.C.
Quanto detto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Integrativi sanitari.

ART. 10 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 11 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Groupama Assicurazioni rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione che le compete, come previsto dall'art. 1916 C.C.

ART. 12 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI (SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE)

Groupama Assicurazioni non è tenuta a pagare un sinistro in applicazione del presente contratto nel caso in cui l'operatività delle garanzie espongono Groupama Assicurazioni a qualsiasi sanzione, divieto o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

ART. 13 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, la competenza territoriale inderogabile è del giudice del luogo di residenza o di domicilio del consumatore (art. 3 del D. Lgs. 06/09/2005, n. 206).

ART. 14 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione, secondo le norme di legge, sono a carico del Contraente.

ART. 15 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana.
Per quanto non è espressamente regolato in queste Condizioni di Assicurazione valgono le norme della legge italiana in materia.

NORME COMUNI DELLE GARANZIE DEL SETTORE SALUTE

ART. 16 – ESCLUSIONI

Le garanzie del settore Salute non operano per:

a) le conseguenze dirette di:

- **malattie e stati patologici che hanno dato origine a cure o esami o diagnosi o che hanno comportato sintomatologie significative o ricorrenti, tali da essere comunque note all'Assicurato anteriormente alla stipula del contratto e non dichiarati, con dolo o colpa grave, nelle dichiarazioni sanitarie o nel Questionario sanitario richiesto alla sottoscrizione di un nuovo contratto o in caso di sostituzione/variazione di un contratto già in essere. Tale esclusione trova applicazione anche qualora le malattie e gli stati patologici siano stati oggetto di liquidazione da parte di Groupama Assicurazioni, o comunque alla stessa denunciate;**
- **malattie e stati patologici dichiarati sul Questionario sanitario ed espressamente esclusi da Groupama Assicurazioni con specifica clausola;**
- **infortuni accaduti antecedentemente alla stipula del contratto o antecedentemente alla sostituzione/variazione di un contratto già in essere;**

b) le prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto, durante il periodo di validità della garanzia, ad eccezione delle prestazioni sostenute dopo un Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale e Grande Intervento Chirurgico avvenuto durante il periodo di validità della garanzia (art. 28 ⇨ Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento chirurgico ambulatoriale, art. 30 ⇨ Grandi Interventi Chirurgici e art. 33 ⇨ Rimborso spese pre e post per Interventi Chirurgici Formula Forfait);

c) le intossicazioni e le patologie direttamente conseguenti ad abuso clinicamente accertato di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico;

d) le prestazioni sanitarie, le cure e gli infortuni conseguenti a malattie mentali e disturbi psichici quali classificati all'interno del DSM-V (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) e successive eventuali modifiche, come ad esempio i disturbi di personalità, i disturbi dell'umore, le forme maniacodepressive (Disturbo bipolare I e II), Disturbi dell'alimentazione (Anoressia e Bulimia) e Disturbi del neurosviluppo, le sindromi organiche cerebrali quali l'Alzheimer, Demenza Senile, Pre Senile, nonché Parkinson, fatta eccezione per quanto previsto dalla garanzia Malattie gravi, se attivata, per le due Malattie gravi "Demenza da Alzheimer e disturbi neurocognitivi maggiori" e "Malattia di Parkinson";

e) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, per sterilità maschile e femminile, per fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, per l'impotenza;

f) le prestazioni finalizzate alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;

g) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;

h) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici, malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative, fatta eccezione per quanto previsto per i neonati all'art. 28 ⇨ Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale;

i) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di

miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia, fatta eccezione per quanto previsto dalla garanzia Ricovero, se attivata, all'art. 28 ⇨ Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale;

j) le prestazioni sanitarie e le cure cellulo-tessutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali, fatta eccezione, per queste ultime, di quanto previsto dalla garanzia Ricovero se attivata, all'art. 28 ⇨ Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale;

k) le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (fatta eccezione per quelli resi necessari da Infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne, purché effettuati durante la validità del contratto);

l) le prestazioni sanitarie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonché quelle non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione (a titolo esemplificativo e non esaustivo: agopuntura, osteopatia, etc.), fatta eccezione per quanto previsto dalle garanzie Ricovero, Grandi Interventi Chirurgici e Cure fisioterapiche da Infortunio se attivate (art. 28 ⇨ Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale, art. 30 ⇨ Grandi interventi chirurgici, art. 42 ⇨ Cure fisioterapiche da infortunio);

m) le visite odontoiatriche ed ortodontiche e le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto, fatta eccezione per quanto previsto all'art. 28 ⇨ Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale in caso di cure rese necessarie da Infortunio o da neoplasie maligne e fatta eccezione per quanto previsto all'art. 47 ⇨ Rimborso spese cure odontoiatriche, se attive le garanzie;

n) le protesi dentarie, fatta eccezione per quanto previsto all'art. 47 ⇨ Rimborso spese cure odontoiatriche, se attive le garanzie;

o) le prestazioni correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S e tutte le patologie ad esse collegate, fatta eccezione per quanto previsto al successivo art. 18 ⇨ Indennizzo forfettario in caso di A.I.D.S.;

p) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi terapeutici, protesici ed ortopedici;

q) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;

r) 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;

s) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, anche se nell'ambito di istituti di cura, fatta eccezione per quanto previsto dall'art. 28 ⇨ Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale);

t) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti o aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;

u) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;

v) le conseguenze di insurrezione o guerra di qualsiasi natura, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche;

w) le conseguenze di manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano, richiamo alle armi per mobilitazione;

x) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni o assestamenti del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;

y) gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche derivanti da atto di terrorismo o guerra;

z) le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo le conseguenze di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato;

aa)gli infortuni:

- **causati da ebbrezza dell'Assicurato, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e uso non terapeutico di stupefacenti da parte dell'Assicurato;**
- **causati da guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni di legge o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che al momento del sinistro abbia i requisiti per ottenere il rinnovo;**
- **avvenuti durante la pratica (competizioni, allenamenti e prove) di qualsiasi sport esercitato professionalmente e dei seguenti, anche a titolo non professionale: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, speleologia, alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di grado equivalente, salto dal trampolino con sci od idroscì, sci o idroscì acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, hockey, rugby, football americano, kitesurfing, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico, immersione con autorespiratore, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), sport comportanti l'uso in pista o in percorsi di gara, in competizioni e nelle relative prove, fatta eccezione per le gare di regolarità pura, di veicoli, natanti od imbarcazioni a motore.**

In aggiunta alle esclusioni di cui ai precedenti punti da a) ad aa), la garanzia Cure odontoiatriche non opera per:

- **le conseguenze, complicanze e/o recidive di Patologie Preesistenti, relativamente alle sole cure di III Livello. Le Malattie Preesistenti sono invece incluse per le Cure di I e II Livello;**
- **le conseguenze e complicanze di Infortuni occorsi precedentemente alla Data di Decorrenza della Polizza, nonché i relativi postumi relativamente alle sole cure di III Livello. Sono invece incluse per le cure di I e II Livello;**
- **tutte le prestazioni e i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;**
- **procedure di ricostruzione utilizzate per incrementare la dimensione verticale del dente persa a causa di attrito;**
- **lesioni dentarie da Infortunio durante la pratica di sport per i quali è previsto l'utilizzo del paradenti;**
- **sostituzione di protesi rimovibili complete o parziali a causa di rottura mentre non in uso o smarrite;**
- **qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla decorrenza della copertura;**
- **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;**
- **trattamenti ortodontici, anche se associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o seguano l'Intervento Chirurgico;**
- **interventi che richiedano anestesia generale o sedazione totale;**
- **tutte le prestazioni da Malattia e Infortunio previste dalla garanzia Cure Odontoiatriche di III livello in assenza di preventiva redazione della "Scheda Anamnestica" alla prima attivazione;**
- **tutte le prestazioni non comprese nella tabella dell'Allegato 3 ⇨ Prestazioni Odontoiatriche Assicurate;**
- **le estrazioni di denti decidui (da latte).**

In aggiunta alle esclusioni di cui ai precedenti punti da a) ad aa), la garanzia Malattie gravi non opera per:

- **qualsiasi delle Malattie gravi garantite dalla Polizza di cui l'Assicurato abbia sofferto**

o siano state diagnosticate prima della Data di Decorrenza della Polizza o durante i Termini di Carenza. Ai fini della presente esclusione, infarto o ictus pregressi vengono considerati come un'unica Malattia, vale a dire se l'Assicurato ha subito un infarto prima della Data di Decorrenza della Polizza non avrà diritto alla liquidazione di alcuna prestazione per un futuro infarto o ictus e viceversa;

- **tentativo di suicidio o atto autolesionistico da parte dell'Assicurato;**
- **pratica delle seguenti attività sportive: automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, immersioni subacquee;**
- **in caso di CANCRO per:**
  - **tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi, di basso potenziale di malignità, tutti i gradi di displasia, tutte le lesioni squamose intraepiteliali (HSIL e LSIL) e tutte le neoplasie intra-epiteliali;**
  - **qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dall'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual;**
  - **tutti i tumori della pelle diversi dal melanoma maligno, i linfomi cutanei e dermatofibrosarcomi che non si sono diffusi ai linfonodi o a organi/siti distanti;**
  - **i tumori di Stadio I secondo l'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual di melanomi cutanei, tumori neuroendocrini (carcinoidi), i tumori gastrointestinali stromali, ed i tumori tiroidei T1N0M0 che misurino meno di 2 cm;**
  - **tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dall'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual come stadio inferiore a T2N0M0;**
  - **tutte le neoplasie maligne del midollo osseo (incluse, tra le altre: leucemia, neoplasie mieloproliferative, trombocitemia essenziale, mielofibrosi primaria, policitemia vera e sindrome mielodisplastica), a meno che non richiedano trattamento con trasfusioni ricorrenti, flebotomie terapeutiche, chemioterapia, terapie oncologiche mirate, trapianto di midollo osseo o trapianto di cellule staminali ematopoietiche;**
  - **tutti i tumori identificati esclusivamente dalla presenza di cellule tumorali, materiale genetico, o altri biomarcatori che potrebbero essere presenti nel sangue, nella saliva, nelle urine o altri fluidi corporali, e rilevati attraverso test conosciuti come "biopsie liquide" o simili;**
- **in caso di INFARTO ACUTO DEL MIOCARDIO per:**
  - **angina, miocardite, insufficienza cardiaca e altre forme di sindrome coronarica acuta;**
  - **cardiomiopatia da stress (Takotsubo);**
  - **lesione miocardica acuta dovuta ad aritmie, trauma, embolia polmonare o setticemia;**
- **in caso di ICTUS per:**
  - **attacco ischemico transitorio (TIA);**
  - **danni cerebrali dovuti ad Infortunio o trauma;**
  - **disturbi ai vasi sanguigni che interessano gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;**
  - **eventi vascolari della colonna vertebrale;**
  - **ictus silente, asintomatico, riscontrato solo tramite tecniche ad immagini;**
- **in caso di SCLEROSI MULTIPLA per:**
  - **sclerosi multipla recidivante-remittente senza segni neurologici permanenti;**
  - **sindrome di Devic;**
  - **tutte le altre malattie demielinizzanti;**
- **in caso di DEMENZA DA ALZHEIMER E DISTURBI NEUROCOGNITIVITI MAGGIORI (Demenza con deficit cognitivo di grado severo) per:**
  - **demenza dovuta a malattie psichiatriche;**
  - **disturbi cognitivi lievi (demenza prodromale e deficit cognitivo lieve);**
  - **demenza preclinica identificata solamente tramite altri biomarcatori presenti nel fluido cerebro-spinale, sangue, urine e/o altri fluidi corporali in assenza di sintomatologia cognitiva o comportamentale;**
- **in caso di MALATTIA DI PARKINSON per:**

  - **tutte le forme non idiopatiche, dove per idiopatica si intende una patologia ad eziologia sconosciuta; quindi, non sarà coperta alcuna forma di Parkinsonismo dovuta a cause note, come l'azione di alcuni farmaci (ad esempio neurolettici) o sostanze chimiche tossiche o di origine traumatica;**
- **in caso di INSUFFICIENZA RENALE per:**
  - **insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea;**
  - **insufficienza renale monolaterale;**
- **in caso di ANEMIA PLASTICA per:**
  - **anemia aplastica temporanea e/o reversibile;**
- **in caso di PARALISI per:**
  - **paralisi dovuta a disturbi psicologici.**

Le garanzie di Assistenza escludono le opere di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

La garanzia Tutela Legale non opera per sinistri relativi a:
- **diritto di famiglia, successioni o donazioni;**
- **materia fiscale o amministrativa;**
- **fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione o impiego di sostanze radioattive;**
- **proprietà o guida di veicoli a motore, imbarcazioni, aeromobili o veicoli che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche;**
- **fatti dolosi delle persone assicurate;**
- **fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente;**
- **per qualsiasi sinistro inerente o derivante dall'esercizio della professione medica e di attività di lavoro autonomo, di impresa, e/o altre tipologie di collaborazione;**
- **spese legali e peritali calcolate in base ad accordi tra l'Assicurato ed il professionista;**
- **spese legali e peritali diverse da quelle previste nel tariffario forense;**
- **spese legali o peritali derivanti da accordi transattivi non autorizzati espressamente da ARAG;**
- **fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali viene riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;**
- **vertenza con Groupama Assicurazioni;**
- **adesione ad azioni di classe (class action).**

ART. 17 - TERMINI DI CARENZA

Le garanzie del settore Salute diverse da quelle di Cure odontoiatriche decorrono:
- **dal momento in cui ha effetto l'assicurazione per gli infortuni;**
- **dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;**
- **dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per l'Aborto Terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione;**
- **dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto e/o siano comunque noti al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula, purché dichiarati a Groupama Assicurazioni e da questa accettati con apposito patto speciale esplicitato in Polizza;**
- **dal 180° giorno successivo per gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula;**
- **dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto;**
- **dal 365° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per i difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione.**

Le garanzie Cure odontoiatriche decorrono:
- **dal momento in cui ha effetto l'assicurazione per le prestazioni di prevenzione odontoiatrica e Infortunio;**
- **dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le cure di I e II Livello;**
- **secondo la tabella sottostante per le cure di III Livello (attivabili solo in modalità Diretta):**

	Condizioni di attivazione
dal 7° al 12 mese di copertura	Viene riconosciuto il 50% dell'importo indicato alla colonna *tariffa* della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (Allegato 3)
dalla seconda annualità di copertura	Viene riconosciuto il 100% dell'importo indicato alla colonna *tariffa* della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (Allegato 3)

Se il Premio o le successive rate di premio sono pagati con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i Termini di Carenza del presente articolo decorrono nuovamente dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il contratto è stato emesso in sostituzione, senza interruzioni temporali della copertura, di altro contratto stipulato con Groupama Assicurazioni riguardante analoghe garanzie, i Termini di Carenza di cui sopra operano:
- **dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le persone, le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;**
- **dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle diverse persone, alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.**

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di contratto, per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate i Termini di Carenza decorrono dalla data della variazione.

Per la sola garanzia opzionale Malattie gravi, nel caso in cui la diagnosi di una Malattia Grave derivi da accertamenti sanitari eseguiti mentre è operante il Termine di Carenza della relativa copertura, il rimborso forfettario previsto non è dovuto. Pertanto, l'Assicurazione si risolve e Groupama Assicurazioni rimborsa al Contraente la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate, relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'Assicurazione ed il termine dell'annualità assicurativa per la quale il Premio stesso è stato corrisposto.

ART. 18 - INDENIZZO FORFETTARIO IN CASO DI A.I.D.S. (operante per le Garanzia Ricovero, Grandi Interventi Chirurgici e Interventi Chirurgici formula forfait)

Se l'Assicurato manifesta e ha la prima diagnosi di sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) durante il periodo di validità della Polizza, a parziale deroga dell'art. 6 ⇨ Persone non assicurabili, la Groupama Assicurazioni riconosce un importo una tantum di 5.000,00 euro.

La copertura assicurativa cessa di avere effetto dalla data di insorgenza della patologia (art. 6 ⇨ Persone non assicurabili).

ART. 19 - COPERTURA GRATUITA PRIMI TRE ANNI DI VITA O DI AFFIDO

Le garanzie:
- Ricovero;
- Grandi Interventi Chirurgici;
- Alta diagnostica;
- Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

sono operative:
- fino a 3 anni di vita del/i neonato/i nato/i da parto indennizzabile a termini di Polizza;

- nei primi 3 anni di affidamento per i minori in affidamento preadottivo, nel rispetto dell'età massima di 6 anni,;

se tali garanzie sono attive in Polizza per i genitori naturali/affidatari alla data di nascita / di affido del minore/dei minori.
Le garanzie operano alle condizioni e nei limiti di massimale previsti per i genitori naturali/affidatari. Nel dettaglio, le prestazioni erogate a favore del minore impegnano i massimali previsti per uno dei due genitori appositamente identificato.
Per l'estensione delle garanzie nei primi tre anni di vita del/i neonato/i o di affido del minore il Contraente deve comunicarlo a Groupama Assicurazioni, che ne prende atto nell'ambito del contratto, specificando il nominativo del genitore i cui massimali vengono eventualmente impegnati per le prestazioni erogate a favore del minore o dei minori.
Alternativamente, il Contraente può darne comunicazione al momento del sinistro, fornendo la documentazione comprovante la nascita o l'affido. In questo caso viene impegnato il massimale residuo maggiore di uno dei due genitori naturali o affidatari.

Trascorsi i tre anni di vita o di affidamento preadottivo, nel rispetto dell'età massima di 6 anni, per far continuare a operare la garanzia nei confronti del minore, il Contraente deve procedere al formale inserimento in copertura, pagando il premio per lo stesso previsto.

A tale scopo, per il minore è richiesta la compilazione del Questionario sanitario, che può comportare, in caso di dichiarazione di precedenti sanitari, l'eventuale pattuizione di esclusioni specifiche o limitazioni di garanzia.

ART. 20 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.
Per la garanzia Cure odontoiatriche i Centri Odontoiatrici Convenzionati sono presenti nel solo territorio italiano.
Per la garanzia Tutela Legale:

- **le prestazioni previste ai punti a), b), c) e d) dell'art. 52 ⇨ Tutela Legale sono garantite nei paesi dell'Unione Europea, nel Regno Unito, nella Città del Vaticano, nella Repubblica di San Marino, nel Principato di Monaco, nel Principato di Andorra, in Svizzera e nel Liechtenstein; in ogni caso, per i sinistri insorti e che devono essere trattati in paesi o in territori diversi da quelli indicati sopra, la garanzia opera in tutto il Mondo nel limite del rimborso massimo di € 5.000;**
- **le prestazioni previste al punto e) dell'art. 52 ⇨ Tutela Legale sono garantite nella Repubblica Italiana, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino.**

ART. 21 - ABOLIZIONE INDENNITÀ SOSTITUTIVA

(condizione operante se presente in Polizza)

L'attivazione della presente condizione speciale prevede che, a parziale deroga dell'art. 28 ⇨ Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale e dell'art. 30 ⇨ Grandi Interventi Chirurgici, l'indennità sostitutiva non venga riconosciuta.

ART. 22 - GARANZIA LIMITATA AI SOLI INTERVENTI CHIRURGICI

(condizione operante se presente in Polizza)

L'attivazione della presente condizione speciale prevede che, a parziale deroga dell'art. 28 ⇨ Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale, le prestazioni previste dallo stesso articolo siano operative esclusivamente nel caso di Intervento Chirurgico, con o senza Ricovero, reso necessario da Malattia o Infortunio.

ART. 23 - MASSIMALE PER NUCLEO (condizione operante solo se presente in Polizza)

L'attivazione della presente condizione speciale prevede che, a parziale deroga:

- dell'art. 28 ▫▫⇨ Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale;
- dell'art. 30 ▫▫⇨ Grandi Interventi Chirurgici;
- dell'art. 38 ▫▫⇨ Alta diagnostica;
- dell'art. 40 ▫▫⇨ Visite specialistiche e accertamenti diagnostici;

i massimali definiti in Polizza rispettivamente per le garanzie:

- Ricovero;
- Grandi Interventi Chirurgici;
- Alta diagnostica;
- Visite specialistiche e accertamenti diagnostici;

costituiscono **l'unico massimale disponibile per la singola garanzia per l'insieme di tutte le persone indicate in Polizza e per anno assicurativo**.

La presente condizione speciale non è attivabile per le garanzie "Ricovero" e "Grandi Interventi Chirurgici" se per le stesse è stato previsto un massimale illimitato.

ART. 24 - FRANCHIGIA DI EURO 1.500,00 O 3.000,00

(condizione operante se presente in Polizza)

L'attivazione della presente condizione speciale prevede che, a parziale deroga dell'art. 28 ▫▫⇨ Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale, per l'insieme delle prestazioni previste dallo stesso articolo, sia applicata una Franchigia di 1.500,00 euro oppure di 3.000,00 euro, in base all'opzione scelta dal Contraente.

La Franchigia è applicata se di importo superiore allo Scoperto e alle franchigie già previste (28 ▫▫⇨ Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale), sia in caso di rimborso, sia in caso di assistenza Diretta.

Relativamente alle prestazioni dell'art. 28 ▫▫⇨ Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale che prevedono limiti di rimborso, la Franchigia opera prima dell'applicazione del limite stesso.

La Franchigia non è applicata in caso di pagamento dell'indennità sostitutiva.

ART. 25 – APPLICAZIONE DELLO SCOPERTO E DELLA FRANCHIGIA IN STRUTTURE CONVENZIONATE (condizione operante se presente in Polizza)

L'attivazione della presente condizione speciale prevede, a parziale deroga dell'art. 28 ▫▫⇨ Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale e dell'art. 30 ▫▫⇨ Grandi Interventi Chirurgici, l'applicazione dello Scoperto e della Franchigia previsti in caso di ricorso a istituti di cura e/o medici non convenzionati, anche nei casi in cui l'Assicurato decida di ricorrere a istituti di cura e/o medici convenzionati.

ART. 26 - ELIMINAZIONE DELLO SCOPERTO IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE (condizione operante se presente in Polizza)

L'attivazione della presente condizione speciale è **possibile solo per le garanzie "Ricovero" e "Grandi Interventi Chirurgici" attivate con massimale illimitato** e prevede, a parziale deroga dell'art. 28 ▫▫⇨ Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale e dell'art. 30 ▫▫⇨ Grandi Interventi Chirurgici, la non applicazione dello Scoperto previsto in caso di utilizzo di istituti di cura e/o medici non convenzionati.

ART. 27 – ESCLUSIONE DELLE PRESTAZIONI CONSEGUENTI AD INFORTUNIO (condizione operante se presente in Polizza)

L'attivazione della presente condizione speciale prevede, a parziale deroga dell'art. 34 ▫▫⇨ Indennità giornaliera da Ricovero e dell'art. 35 ▫▫⇨ Indennità giornaliera da convalescenza post Ricovero, **l'esclusione dalle prestazioni previste dagli stessi articoli nei casi di Ricovero, Day Hospital, Day Surgery e Intervento Chirurgico ambulatoriale resi necessari da Infortunio**.

NORME SPECIFICHE DELLE GARANZIE DEL SETTORE SALUTE

GARANZIA RICOVERO
(OPERANTE SE PRESENTE IN POLIZZA)

ART. 28 – RICOVERO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

La garanzia opera in caso di Ricovero con/senza intervento, Day Hospital/Day Surgery o Intervento Chirurgico ambulatoriale resi necessari da Malattia, Infortunio, parto o Aborto Terapeutico ed avvenuti durante il periodo di validità del contratto.
Groupama Assicurazioni rimborsa all'Assicurato, fino all'importo del massimale indicato in Polizza, le spese sostenute: **prima, durante e dopo** il periodo di Ricovero con/senza intervento, Day Surgery o Intervento Chirurgico ambulatoriale e durante il Day Hospital, come di seguito descritto.
Il massimale riportato in Polizza costituisce la somma massima, per Assicurato e per sinistro, fino alla concorrenza della quale Groupama Assicurazioni presta la garanzia.

Prima del Ricovero con/senza intervento, del Day Surgery o dell'Intervento Chirurgico ambulatoriale
Groupama Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per la Malattia, l'Infortunio, il parto o l'Aborto Terapeutico che hanno determinato il Ricovero o l'Intervento Chirurgico senza Ricovero, per:
a) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura, **nei 90 giorni precedenti l'inizio del Ricovero o l'Intervento Chirurgico senza Ricovero**;
b) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per raggiungere l'istituto di cura e **con il limite di euro 2.500,00 per sinistro**, comprensivo anche del ritorno al proprio domicilio indicato al successivo punto l).

Durante il Ricovero con/senza intervento, del Day Surgery o dell'Intervento Chirurgico ambulatoriale
Groupama Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:
c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici, le protesi e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
d) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio;
e) utilizzo di tecniche robotiche comprensivo di kit materiale monouso;
f) rette di degenza;
g) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura (o in struttura alberghiera in caso di Ricovero dell'Assicurato in istituto di cura pubblico) per un eventuale accompagnatore, **con il limite giornaliero indicato in Polizza, per un periodo massimo pari alla durata del Ricovero**;
h) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al Ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;

i) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro, con il limite di euro 2.500,00 per sinistro.

Durante il Day Hospital
In caso di Infortunio o di Malattia dell'Assicurato che rendono necessarie cure e/o terapie mediche in Day Hospital, Groupama Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato durante la sola degenza per:
- assistenza medica e infermieristica;
- medicinali;
- accertamenti diagnostici;
- trattamenti oncologici necessari per neoplasie maligne;
- rette di degenza;

se direttamente inerenti la Malattia o l'Infortunio che hanno determinato il Day Hospital.

Dopo il Ricovero con/senza intervento, del Day Surgery o dell'Intervento Chirurgico ambulatoriale
Groupama Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato, se inerenti la Malattia, l'Infortunio, il parto o l'Aborto Terapeutico che hanno determinato il Ricovero o l'Intervento Chirurgico senza Ricovero, per:

j) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio, acquisto di medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi (effettuati da personale fisioterapico abilitato presso centri fisioterapici e riabilitativi o a domicilio dell'Assicurato), cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) **sostenute nei 120 giorni successivi alla cessazione del Ricovero o alla data dell'Intervento Chirurgico senza Ricovero**. Se il Ricovero o l'Intervento Chirurgico subìto sono riconducibili a neoplasie maligne, tale termine viene esteso ai 180 giorni successivi alla fine del Ricovero (o alla data dell'Intervento Chirurgico senza Ricovero) e comprende in garanzia anche le spese sostenute per i relativi trattamenti oncologici necessari;

k) spese per l'acquisto o il noleggio di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori ortopedici e per l'acquisto di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche. Tali spese devono essere effettuate nei 120 giorni successivi alla fine del Ricovero o alla data dell'Intervento Chirurgico senza Ricovero, con il limite di **euro 2.500,00 per Assicurato e per anno assicurativo**;

l) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo per il ritorno al proprio domicilio, con il limite complessivo per sinistro indicato al precedente punto b);

m) spese per l'acquisto di Alimenti a Fini Medici Speciali (AFMS), dietro prescrizione medica, nei limite di:
   - 500,00 euro per sinistro e anno assicurativo se il massimale indicato in Polizza per la garanzia Ricovero è illimitato;
   - 300,00 euro per sinistro e anno assicurativo se il massimale indicato in Polizza per la garanzia Ricovero è pari a 500.000 euro;
   - 100,00 euro per sinistro e anno assicurativo se il massimale indicato in Polizza per la garanzia Ricovero è pari a 100.000 euro.

Se il massimale indicato in Polizza per la garanzia Ricovero è almeno pari a 500.000 euro, a parziale deroga dell'art. 16 ⇨ Esclusioni, tra le spese rimborsabili, **se sostenute nei 120 successivi il Ricovero con/senza intervento, il Day Surgery o l'Intervento Chirurgico ambulatoriale** per la Malattia o l'Infortunio che hanno determinato il Ricovero o l'Intervento Chirurgico senza Ricovero, sono ricomprese quelle per trattamenti di agopuntura e/o di osteopatia, se prescritti da medico specialista ed eseguiti rispettivamente da medico chirurgo o da osteopata iscritto all'Albo degli Osteopati italiani, **nei limiti della somma assicurata per sinistro e anno assicurativo indicata in Polizza.**

Se la garanzia Ricovero è attivata optando per il massimale illimitato, a parziale deroga dell'art. 16 ▫▫⇨ Esclusioni, tra le spese rimborsabili, **se sostenute nei 120 successivi il Ricovero con/senza intervento, il Day Surgery o l'Intervento Chirurgico ambulatoriale** e direttamente inerenti alla Malattia o l'Infortunio che hanno determinato il Ricovero o l'Intervento Chirurgico senza Ricovero sono ricomprese quelle per parafarmaci, prodotti omeopatici e/o integratori alimentari, **nel limite di 100,00 euro per sinistro e anno assicurativo**.

Difetti rifrazione
Se l'Assicurato sceglie il massimale illimitato per la garanzia Ricovero, a parziale deroga di quanto previsto all'art. 16 ▫▫⇨ Esclusioni e **fermi i Termini di Carenza di cui all'art. 17**, Groupama Assicurazioni rimborsa le spese sostenute per l'eliminazione o la correzione dei difetti di rifrazione, **nel limite di spesa di 2.000,00 euro per entrambi gli occhi e per anno assicurativo**.
Il rimborso delle spese è ammesso a condizione che l'Assicurato abbia la necessità certificata di una correzione di almeno:
- 3 diottrie in caso di miopia;
- 2 diottrie in caso di ipermetropia;
- 1.50 diottrie in caso di astigmatismo miopico ed ipermetropico.

Parto e cure del neonato
In caso di Ricovero per parto sono operativi dei limiti di indennizzo, rispettivamente per parto naturale e parto cesareo, esplicitati in Polizza e differenziati in base all'importo del massimale attivato per la garanzia Ricovero.
In tali limiti di indennizzo sono ricomprese le spese per cure, visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio del/i neonato/i effettuati **nei primi 30 giorni** di vita.
In caso di parto indennizzabile a termini di contratto, a parziale deroga dell'art. 16 ▫▫⇨ Esclusioni, Groupama Assicurazioni rimborsa le spese per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite del/i neonato/i **nel primo anno di vita**, nei limiti del massimale previsto per la garanzia Ricovero. Trascorso il primo anno di vita, se il neonato viene Assicurato con pagamento del relativo premio, la garanzia per l'eliminazione o la correzione di un difetto fisico o di una malformazione congenita è operativa soltanto per le conseguenze dirette di questi eventi, fino al compimento del terzo anno di età.

Prevenzione Base
L'attivazione della garanzia Ricovero, indipendentemente dal massimale, riconosce all'Assicurato la possibilità di effettuare, presso i Centri Diagnostici Convenzionati, le prestazioni sanitarie di Prevenzione Base elencate all'art. 49 ▫▫⇨ Prevenzione.

Indennità sostitutiva
L'Assicurato, se non richiede alcun rimborso per le spese sostenute durante il periodo di Ricovero o si ricovera utilizzando il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ha diritto a un'indennità giornaliera di importo indicato in Polizza, per ciascun giorno di Ricovero, **con il massimo di 300 giorni per anno assicurativo. Il primo e l'ultimo giorno di degenza sono considerati una sola giornata**.
L'indennità giornaliera **è corrisposta anche in caso di Intervento Chirurgico in regime di Day Surgery o in caso di Day Hospital, ma ridotta del 50%.**
In caso di parto, l'indennità sostitutiva è corrisposta per ogni giorno di Ricovero della sola madre, indipendentemente dal Ricovero di uno o più neonati.
L'indennità sostitutiva è riconosciuta anche nel caso di permanenza dell'Assicurato in Osservazione Breve Intensiva (c.d. OBI), opportunamente certificata nell'ambito della documentazione di Pronto Soccorso, comportante almeno un pernottamento e con il limite massimo di 2 giorni per evento.

La permanenza in Osservazione Breve Intensiva non è equiparata a Ricovero e non dà pertanto diritto al rimborso di eventuali spese sostenute in via preventiva o successivamente.

Cure odontoiatriche conseguenti ad infortunio o a neoplasie maligne
La presente garanzia comprende i casi di Ricovero con/senza intervento, Day Hospital/Day Surgery o Intervento Chirurgico ambulatoriale per cure odontoiatriche rese necessarie da Infortunio o neoplasia maligna.
Qualora nel contratto sia operativa anche la garanzia "Cure odontoiatriche", la stessa sarà attivata, se necessario, solo dopo esaurimento delle disponibilità previste per la garanzia "Ricovero".

Come opera la garanzia – Scoperti e Franchigie
L'Assicurato può richiedere il rimborso delle spese indennizzabili in base alla presente garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, art. 59 ⇨ Rimborso delle prestazioni non usufruite in assistenza Diretta.

Le spese sostenute sono rimborsate al netto dello Scoperto e ove previsto della Franchigia, come indicati in Polizza.

Per le prestazioni previste dalla presente garanzia effettuate durante il Ricovero, il Day Surgery o Day Hospital e per gli Interventi Chirurgici ambulatoriali per cui l'Assicurato ricorre a strutture mediche convenzionate, lo stesso può richiedere l'assistenza Diretta senza necessità di anticipare alcuna spesa, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, art. 57 ⇨ Assistenza Diretta con utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati. In caso di Ricovero, Day Surgery, Day Hospital o Intervento Chirurgico ambulatoriale effettuato in assistenza Diretta ma con prestazioni erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa, la liquidazione avviene in forma di pagamento misto, con le modalità indicate nelle NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE, art. 58 ⇨ Assistenza Diretta parziale in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati.

ART. 29 – CONDIZIONI SPECIALI PER LA GARANZIA RICOVERO
Per la garanzia Ricovero sono disponibili le Condizioni Speciali disciplinate dai seguenti articoli delle norme comuni:
- Art. 21 ⇨ Abolizione indennità sostitutiva;
- Art. 22 ⇨ Garanzia limitata ai soli Interventi Chirurgici;
- Art. 23 ⇨ Massimale per nucleo;
- Art. 24 ⇨ Franchigia di euro 1.500,00 o euro 3.000,00;
- Art. 25 ⇨ Applicazione dello Scoperto e della Franchigia in strutture convenzionate;
- Art. 26 ⇨ Eliminazione dello Scoperto in strutture non convenzionate.

Le condizioni speciali possono essere attivate a scelta del Contraente, purché fra loro compatibili. Le stesse sono operanti solo se presenti in Polizza.

GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
(OPERANTE SE PRESENTE IN POLIZZA)

ART. 30 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
La garanzia opera in caso di Intervento Chirurgico ricompreso nell'elenco di cui all'Allegato 1 ⇨ Elenco Grandi Interventi Chirurgici, o di intervento ad essi equiparabili per complessità o per tecniche operatorie adottate, reso necessario da Malattia o Infortunio ed eseguito

durante il periodo di validità del contratto.
Groupama Assicurazioni rimborsa all'Assicurato, fino all'importo del massimale indicato in Polizza, le spese sostenute: **prima, durante e dopo** il periodo di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico come di seguito descritto.
Il massimale riportato in Polizza costituisce la somma massima, per Assicurato e per sinistro, fino alla concorrenza della quale Groupama Assicurazioni presta la garanzia.

Prima del Ricovero per grande Intervento Chirurgico

Groupama Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per la Malattia o l'Infortunio che hanno determinato la necessità del Grande Intervento Chirurgico per:

a) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura, **nei 90 giorni precedenti l'inizio del Ricovero**;
b) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per raggiungere l'istituto di cura **con il limite di euro 2.500,00 per sinistro**, comprensivo anche del ritorno al proprio domicilio indicato al successivo punto l).

Durante il Ricovero per grande Intervento Chirurgico

Groupama Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici, le protesi e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
d) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio;
e) utilizzo di tecniche robotiche comprensivo di kit materiale monouso;
f) rette di degenza;
g) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura (o in struttura alberghiera in caso di Ricovero dell'Assicurato in istituto di cura pubblico) per un eventuale accompagnatore, **con il limite giornaliero indicato in Polizza, per un periodo massimo pari alla durata del Ricovero e con esclusione del parto**;
h) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al Ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
i) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro, **con il limite di euro 2.500,00 per sinistro**.

Dopo il Ricovero per Grande Intervento Chirurgico

Groupama Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato, se inerenti la Malattia, l'Infortunio, il parto o l'Aborto Terapeutico che hanno determinato il Grande Intervento Chirurgico, per:

j) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio, acquisto di medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi (effettuati da personale fisioterapico abilitato presso centri fisioterapici e riabilitativi o a domicilio dell'Assicurato), cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) **sostenute nei 120 giorni successivi al termine del Ricovero per Grande Intervento Chirurgico**. Se l'Intervento Chirurgico subìto è riconducibile a neoplasie maligne, tale termine viene **esteso ai 180 giorni successivi alla cessazione del Ricovero per Grande intervento** e comprende in garanzia anche le spese sostenute per i relativi trattamenti oncologici necessari;
k) spese per l'acquisto o il noleggio di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori ortopedici e per l'acquisto di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche. Tali spese devono essere **effettuate nei 120 giorni successivi alla fine del Ricovero per Grande Intervento Chirurgico, con il limite di euro 2.500,00 per Assicurato e per anno assicurativo**;
l) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per raggiungere l'istituto di cura e per il ritorno al proprio domicilio, con il limite complessivo per sinistro indicato al

precedente punto b);

m) l'acquisto di Alimenti a Fini Medici Speciali (AFMS), dietro prescrizione medica, nei limite di:
   - 500,00 euro per sinistro e anno assicurativo se il massimale indicato in Polizza per la garanzia Grandi Interventi Chirurgici è illimitato;
   - 300,00 euro per sinistro e anno assicurativo se il massimale indicato in Polizza per la garanzia Grandi Interventi Chirurgici è pari a 500.000 euro;
   - 100,00 euro per sinistro e anno assicurativo se il massimale indicato in Polizza per la garanzia Grandi Interventi Chirurgici è pari a 300.000 euro.

Se il massimale indicato in Polizza per la presente garanzia è almeno pari a 500.000 euro, a parziale deroga dell'art. 16 ▫▫⇨ Esclusioni, tra le spese rimborsabili, **se sostenute nei 120 successivi il Ricovero per Grande Intervento Chirurgico** e inerenti la Malattia o l'Infortunio che lo hanno determinato, sono ricomprese quelle per trattamenti di agopuntura e/o di osteopatia, qualora prescritti da medico specialista ed eseguiti rispettivamente da medico chirurgo o da osteopata iscritto all'Albo degli Osteopati italiani, **nei limiti della somma assicurata per sinistro e anno assicurativo indicata in Polizza**.

Se la presente garanzia è attivata optando per il massimale illimitato, a parziale deroga dell'art. 16 ▫▫⇨ Esclusioni, tra le spese rimborsabili, **se sostenute nei 120 successivi il Ricovero per Grande Intervento Chirurgico** e inerenti la Malattia o l'Infortunio che lo hanno determinato sono ricomprese quelle per parafarmaci, prodotti omeopatici e/o integratori alimentari **nel limite di 100,00 euro per sinistro e anno assicurativo**.

Prevenzione Base
L'attivazione della garanzia Grandi Interventi chirurgici, indipendentemente dal massimale, riconosce all'Assicurato la possibilità di effettuare, presso i Centri Diagnostici Convenzionati, le prestazioni sanitarie di Prevenzione Base elencate all'art. 49 ▫▫⇨ Prevenzione.

Indennità sostitutiva
L'Assicurato, se non richiede alcun rimborso per le spese sostenute durante il periodo di Ricovero o si ricovera utilizzando il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ha diritto a un'indennità giornaliera di importo indicato in Polizza, per ciascun giorno di Ricovero dovuto a Grande Intervento Chirurgico, **con il massimo di 300 giorni per anno assicurativo. Il primo e l'ultimo giorno di degenza sono considerati una sola giornata**.

Come opera la garanzia - Scoperti e Franchigie
L'Assicurato può richiedere il rimborso delle spese indennizzabili in base alla presente garanzia, con le modalità indicate nelle NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE, art. 59 ▫▫⇨ Rimborso delle prestazioni non usufruite in assistenza Diretta.

Le spese sostenute sono rimborsate al netto dello Scoperto e ove previsto della Franchigia, quali esplicitati in Polizza.

Per le prestazioni previste dalla presente garanzia effettuate durante il Ricovero per Grande Intervento Chirurgico per cui si ricorre a strutture mediche convenzionate, l'Assicurato può richiedere l'assistenza Diretta senza necessità di anticipare alcuna spesa, con le modalità indicate nelle NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE, art. 57 ▫▫⇨ Assistenza Diretta con utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati. In caso di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico effettuato in assistenza Diretta ma con prestazioni erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa, la liquidazione avviene in forma di pagamento misto, con le modalità indicate nelle NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE, art. 58 ▫▫⇨ Assistenza Diretta parziale in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati.

ART. 31 – CONDIZIONI SPECIALI PER LA GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Per la garanzia Grandi Interventi Chirurgici sono disponibili le Condizioni Speciali disciplinate dai seguenti articoli delle norme comuni:

- Art. 21 ⇨ Abolizione indennità sostitutiva;
- Art. 23 ⇨ Massimale per nucleo;
- Art. 25 ⇨ Applicazione dello Scoperto e della Franchigia in strutture convenzionate;
- Art. 26 ⇨ Eliminazione dello Scoperto in strutture non convenzionate.

Le condizioni speciali possono essere attivate a scelta del Contraente, se fra loro compatibili. Tali condizioni sono operanti solo se presenti in Polizza.

GARANZIA INTERVENTI CHIRURGICI FORMULA FORFAIT
(OPERANTE SE PRESENTE IN POLIZZA)

ART. 32 – INTERVENTI CHIRURGICI FORMULA FORFAIT

Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato un indennizzo predefinito, determinato con le modalità e nei limiti di seguito indicati, in caso di:

- Intervento Chirurgico, con o senza Ricovero, reso necessario da Malattia, Infortunio, parto con taglio cesareo e Aborto Terapeutico;
- Ricovero senza Intervento Chirurgico che si sia protratto per più di 3 giorni consecutivi, reso necessario da Malattia o Infortunio se avvenuti durante il periodo di validità del contratto.

Classi di intervento e massimale

Gli Interventi Chirurgici sono identificati e classificati in 7 classi d'intervento, secondo la loro complessità, e sono riportati nell'Allegato 2 ⇨ Elenco Interventi Chirurgici per formula forfait con indicazione della corrispondente classe di appartenenza.

Se viene descritta una patologia invece di una procedura chirurgica, deve sempre intendersi "intervento per" o "asportazione di".

In caso di Intervento Chirurgico non specificatamente indicato nell'"Elenco Interventi Chirurgici", la classe a cui attribuire l'intervento viene stabilita con criterio analogico con riferimento al più simile degli interventi elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica.

A ciascuna classe d'intervento è associato un indennizzo - diverso a seconda della formula prescelta per la presente garanzia (Basic o Top) quale risultante in Polizza – in base alla seguente tabella "Indennità Interventi Chirurgici".

INDENNITÀ INTERVENTI CHIRURGICI		
CLASSE DI INTERVENTO	INDENNIZZO PRESTABILITO (EURO)	
	FORMULA BASE	FORMULA TOP
I	250,00	500,00
II	500,00	1.000,00
III	1.500,00	2.000,00
IV	3.000,00	6.000,00
V	4.000,00	8.000,00
VI	8.000,00	16.000,00
VII	20.000,00	40.000,00

Il massimale annuo riportato in Polizza, pari a 30.000,00 euro per la Formula Base o 60.000,00 euro per la Formula Top, è l'importo massimo che Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato nell'annualità assicurativa, per cumulo di indennizzi conseguenti a più Interventi Chirurgici e/o ricoveri senza Intervento Chirurgico verificatesi nello stesso periodo temporale.

Criteri di determinazione dell'indennizzo
In caso di Intervento Chirurgico Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato l'importo, indicato nella tabella "Indennità Interventi Chirurgici", corrispondente alla classe dell'Intervento Chirurgico effettuato (da individuare in base a quanto riportato nell'Allegato 2 ⇨ Elenco Interventi Chirurgici per formula forfait) ed alla formula prescelta (Base o Top) risultante in Polizza.
In caso di Ricovero senza Intervento Chirurgico che si sia protratto per più di 3 giorni consecutivi, Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato l'importo previsto per la prima classe d'intervento (classe I).

Gli importi previsti per le classi d'intervento VI e VII sono maggiorati del 50% se l'Intervento Chirurgico viene svolto all'estero, con esclusione della Repubblica di San Marino, della Città del Vaticano, del Principato di Monaco e della Svizzera.

Per gli Interventi Chirurgici effettuati a causa della stessa patologia ed allo stesso organo, arto e/o tessuto, l'indennizzo previsto è corrisposto da Groupama Assicurazioni un'unica volta nell'anno assicurativo cui il sinistro si verifica.

Se l'Assicurato subisce due o più Interventi Chirurgici nel corso della stessa seduta operatoria, Groupama Assicurazioni corrisponde un solo indennizzo, quello di importo più elevato.

L'indennizzo è corrisposto indipendentemente dalle spese sostenute e anche se l'Intervento Chirurgico o il Ricovero senza Intervento Chirurgico è stato effettuato presso un istituto di cura pubblico, a totale o parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Si rimanda alle NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE, art. 63 ⇨ Corresponsione delle prestazioni di cui alla garanzia Interventi Chirurgici formula forfait, per l'indicazione dell'operatività da seguire ai fini del pagamento dell'indennizzo.

ART. 33 - RIMBORSO SPESE PRE E POST PER INTERVENTI CHIRURGICI FORMULA FORFAIT (operante se presente in Polizza)

In caso di Intervento Chirurgico, con o senza Ricovero, reso necessario da Malattia, Infortunio, parto con taglio cesareo e Aborto Terapeutico, indennizzabile come indicato all'art. 32 ⇨ Interventi Chirurgici formula forfait, Groupama Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:
- visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio effettuati nei **90 giorni precedenti la data dell'Intervento Chirurgico**;
- visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio sostenute nei **90 giorni successivi alla data dell'Intervento Chirurgico**;

se direttamente inerenti alla Malattia, l'Infortunio, il parto con taglio cesareo o l'Aborto Terapeutico che hanno determinato l'Intervento Chirurgico.
Le spese indicate sono rimborsate nei limiti di importo indicanti nella seguente tabella "Massimali pre e post Intervento Chirurgico", dove il massimale da prendere a riferimento è quello della classe cui appartiene l'Intervento Chirurgico oggetto di indennizzo.

MASSIMALI PRE E POST INTERVENTO CHIRURGICO	
CLASSE DI INTERVENTO	**MASSIMALE**
I	250,00
II	375,00
III	625,00
IV	950,00
V	1.250,00
VI	1.875,00
VII	2.500,00

Il massimale annuo della presente garanzia pari a 5.000,00 euro, come indicato in Polizza, è l'importo massimo che Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato nell'annualità assicurativa, per cumulo di rimborsi spese pre e post Interventi Chirurgici avvenuti nello stesso periodo temporale.

Si rimanda alle NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE, art. 63 ⇨ Corresponsione delle prestazioni di cui alla garanzia Interventi Chirurgici formula forfait, per l'indicazione dell'operatività da seguire ai fini del pagamento dell'indennizzo.

GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO
(OPERANTE SE PRESENTE IN POLIZZA)

ART. 34 – INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO
Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato l'importo giornaliero assicurato indicato in Polizza per ciascun giorno di Ricovero (o di Day Hospital / Day Surgery), avvenuto nel corso del periodo di validità del contratto e documentato da Cartella Clinica, per una **durata massima di 365 giorni per sinistro, nei casi di**:
- **Ricovero** reso necessario da Malattia, Infortunio, parto o Aborto Terapeutico;
- **Day Hospital o Day Surgery**, reso necessario da Malattia o Infortunio.

L'importo giornaliero assicurato è **raddoppiato** nei casi di Ricovero:
- dovuto a grande Intervento Chirurgico di cui all'Allegato 1 ⇨ Elenco Grandi Interventi Chirurgici;
- dovuto a Malattie gravi, quali previste dalla specifica garanzia, a prescindere dalla relativa attivazione;
- dovuto a trattamenti oncologici necessari per neoplasie maligne;
- in reparti di terapia intensiva.

L'importo giornaliero assicurato **è riconosciuto in misura dimezzata e per un solo giorno** nei casi di:
- Intervento Chirurgico effettuato presso un ambulatorio;
- accertamenti presso un Pronto Soccorso che abbiano comportato la permanenza presso lo stesso per un periodo superiore a 24 ore consecutive.

L'importo giornaliero Assicurato è riconosciuto anche nel caso di permanenza dell'Assicurato in Osservazione Breve Intensiva (c.d. OBI), opportunamente certificata nell'ambito della documentazione di pronto soccorso, comportante almeno un pernottamento e con il limite massimo di due giorni per evento.
Infine, nei casi di:
- **parto senza taglio cesareo**, l'importo giornaliero assicurato è corrisposto **forfetariamente**

per tre giorni, anche se vi sono state complicanze;
- **parto con taglio cesareo**, l'importo giornaliero assicurato è corrisposto **forfetariamente per cinque giorni**, anche se vi sono state complicanze.

Si rimanda alle NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE, art. 62 ⇨ Corresponsione delle indennità giornaliere, per l'indicazione dell'operatività da seguire ai fini del pagamento dell'indennizzo.

GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA POST-RICOVERO
(OPERANTE SE PRESENTE IN POLIZZA)

ART. 35 - INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA POST-RICOVERO
Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato un importo **giornaliero**, pari a quello previsto per l'indennità giornaliera da Ricovero e indicato in Polizza, **per ogni giorno di degenza domiciliare**. Tale garanzia opera in caso di Ricovero presso istituto di cura, reso necessario da Malattia, Infortunio, parto o Aborto Terapeutico, indennizzabile come previsto della garanzia "Indennità giornaliera da Ricovero".
L'indennità giornaliera da convalescenza post Ricovero è corrisposta a partire dal giorno successivo a quello di dimissioni dell'Assicurato dall'istituto di cura e **per un periodo non superiore a tre volte quello del Ricovero stesso, con il limite massimo di 20 giorni per sinistro**.
In caso di Convalescenza Post Ricovero da Infortunio, l'indennità giornaliera da convalescenza post Ricovero è corrisposta a partire dal giorno successivo a quello di dimissioni dell'Assicurato dall'istituto di con il limite massimo di 20 giorni per Sinistro o, se più favorevole per l'Assicurato, per un numero di giorni non superiore a 3 volte quelli di ciascun Ricovero, comunque con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro.

L'importo giornaliero assicurato **è corrisposto per un periodo non superiore a quattro volte quello del Ricovero stesso, con il limite massimo di 60 giorni per sinistro**, nei casi di Ricovero:
- dovuto a grande Intervento Chirurgico di cui all'Allegato 1 ⇨ Elenco Grandi Interventi Chirurgici;
- dovuto a Malattie gravi, quali previste dalla specifica garanzia, a prescindere dalla relativa attivazione;
- per trattamenti oncologici necessari per neoplasie maligne;
- in reparti di terapia intensiva.

In caso di Day Hospital o Day Surgery, reso necessario da Malattia o Infortunio, **l'importo giornaliero assicurato si intende dimezzato**.

Infine, nei casi di:
- **parto senza taglio cesareo**, l'importo giornaliero assicurato è corrisposto **forfetariamente per due giorni**, anche se ci sono state complicanze;
- **parto con taglio cesareo**, l'importo giornaliero assicurato è corrisposto **forfetariamente per cinque giorni**, anche se ci sono state complicanze.

L'indennità è corrisposta se la degenza domiciliare è necessaria alla guarigione clinica o per la stabilizzazione dei postumi. La degenza domiciliare deve essere prescritta e documentata dai sanitari che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante e non è dovuta se l'Assicurato riprende la sua attività lavorativa.

Si rimanda alle NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE, art. 62 ⇨ Corresponsione delle indennità giornaliere, per l'indicazione dell'operatività da seguire ai fini del pagamento dell'indennizzo.

GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA
(OPERANTE SE PRESENTE IN POLIZZA)

ART. 36 - INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA

Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato un **importo giornaliero**, pari a quello indicato in Polizza per l'indennità giornaliera da Ricovero, **per ogni giorno di gessatura, a partire dal giorno di applicazione sino a quello di rimozione, per un periodo massimo di 60 giorni**. Tale garanzia opera in caso di Malattia o Infortunio, indennizzabili a termini di Polizza.

In caso di:
- immobilizzazione dovuta a frattura del bacino, fratture scomposte delle coste o a frattura composta di almeno due archi costali, **l'importo giornaliero Assicurato è corrisposto per un periodo massimo di 60 giorni per Sinistro**;
- frattura delle dita, **l'importo giornaliero Assicurato è corrisposto per un periodo massimo di 20 giorni per Sinistro**.

Se dopo la rimozione della Gessatura sia prescritta una degenza domiciliare di almeno 5 giorni, Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato **un ulteriore importo giornaliero**, pari al 25% di quello indicato in Polizza per l'indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio e Malattia, per un massimo di:
- **€ 2.000,00 per Sinistro in caso di degenza domiciliare a seguito di rimozione di Gessatura dovuta a Infortunio;**
- **10 giorni per Sinistro in caso di degenza domiciliare a seguito di rimozione di Gessatura dovuta a Malattia.**

In caso di Gessatura conseguente ad Infortunio e Malattia con Ricovero, l'Assicurato può scegliere, in alternativa alla Convalescenza forfettaria, l'Indennità Giornaliera da Convalescenza post Ricovero, se prevista in Polizza.

L'indennità è corrisposta se l'applicazione dei mezzi di immobilizzazione, di seguito elencati, è prescritta da specialista ortopedico e per il numero di giorni prescritti dallo specialista stesso:
- in caso di immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario;
- in caso di utilizzo di fissatori esterni;
- in caso di utilizzo di stecche digitali.

Tali mezzi di immobilizzazione devono avere le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la relativa applicazione deve essere resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia.

L'indennità giornaliera da gessatura di cui al presente articolo non è cumulabile con l'indennità giornaliera da convalescenza post-Ricovero di cui all'art. 35 ⇨ Indennità giornaliera da convalescenza post Ricovero.

Si rimanda alle NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE, art. 62 ⇨ Corresponsione delle indennità giornaliere, per l'indicazione dell'operatività da seguire ai fini del pagamento dell'indennizzo.

ART. 37 – CONDIZIONI SPECIALI PER LA GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA

Per le garanzie "Indennità giornaliera da Ricovero" e "Indennità giornaliera da convalescenza post Ricovero" è disponibile la Condizione Speciale disciplinata dall'art. 27 ⇨ Esclusione delle prestazioni conseguenti ad Infortunio delle norme comuni.
Le stessa è operante solo se presente in Polizza.

GARANZIA ALTA DIAGNOSTICA
(OPERANTE SE PRESENTE IN POLIZZA)

ART. 38 - ALTA DIAGNOSTICA

Groupama Assicurazioni rimborsa all'Assicurato, **fino all'importo del massimale indicato in Polizza, per Assicurato e per anno assicurativo**, le spese dovute alle seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione rese necessarie da Malattia o Infortunio, sostenute durante il periodo di validità del contratto, anche in assenza di Ricovero o in assenza di Intervento Chirurgico, e **prescritte da medico curante o medico specialista**.

- Amniocentesi o Prenatal Safe (un accertamento per gravidanza oggetto di copertura assicurativa per Assicurato donna oltre il 35° anno di età o se l'esame è prescritto a seguito di sospetta malformazione del feto);
- Angiografia digitale;
- Artrografia;
- Broncografia;
- Cistografia;
- Colangiografia;
- Colangiografia percutanea;
- Colecistografia;
- Coronografia;
- Dacriocistografia;
- Diagnostica istologica e citologica (biopsia);
- Ecocardiografia;
- Ecodoppler;
- Ecotomografia;
- Elettromiografia;
- Elettroneurografia (ENG);
- Endoscopie diagnostiche (apparato cardiocircolatorio, respiratorio, urogenitale, esofago gastro duodeno scopia EGDS, retto-colon scopia)
- Esame urodinamico completo;
- Fistolografia;
- Flebografia;
- Fluorangiografia oculare;
- Galattografia;
- Holter;
- Isterosalpingografia;
- Linfografia;
- Mielografia;
- MOC - mineralometria ossea computerizzata;
- Retinografia;
- Risonanza Magnetica Computerizzata;
- Scialografia;
- Scintigrafia;
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) e Angio TAC;
- Tomografia ad emissione di positroni (PET);

- Tomoscintigrafia ad emissione di fotone singolo (SPET);
- Tomografia Ottica Computerizzata (OTC);
- Urografia;
- Vesciculodeferentografia;
- Splenoportografia.

Il rimborso delle prestazioni indicate, se effettuate durante la validità del contratto, è esteso anche ai follow up per una durata di cinque anni dalla prima diagnosi o dall'accertamento di recidiva, se anch'essi sono stati effettuati nel periodo di validità del contratto, per le seguenti patologie:
- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto;
- ictus cerebro vascolare.

L'Assicurato può richiedere il rimborso delle spese indennizzabili in base alla presente garanzia, con le modalità indicate nelle NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE, art. 59 ⇨ Rimborso delle prestazioni non usufruite in assistenza Diretta, per l'indicazione dell'operatività da seguire ai fini del pagamento dell'indennizzo.

In alternativa al rimborso, l'Assicurato può usufruire del Pagamento diretto ricorrendo alle Strutture mediche Convenzionate, con le modalità indicate nelle NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE, art. 57 ⇨ Assistenza Diretta con utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati.

Groupama Assicurazioni indennizza o paga la spesa, sia in caso di rimborso sia in caso di pagamento diretto, applicando uno Scoperto pari al 20% della spesa stessa o una Franchigia minima indicata in Polizza se di importo superiore allo Scoperto.
Questo significa che in caso di ricorso ad una struttura medica convenzionata, l'Assicurato deve corrispondere alla stessa l'importo a suo carico pari allo Scoperto o Franchigia che trova applicazione.

Lo Scoperto non si applica se l'Assicurato chiede il rimborso del solo ticket perché ha usufruito delle prestazioni in regime di convenzione e con il Servizio Sanitario Nazionale.

ART. 39 – CONDIZIONI SPECIALI PER LA GARANZIA ALTA DIAGNOSTICA

Per la garanzia "Alta diagnostica" è disponibile la Condizione Speciale disciplinata dall'art. 23 ⇨ Massimale per nucleo.
Le stessa è operante solo se presente in Polizza.

GARANZIA VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
(OPERANTE SE PRESENTE IN POLIZZA)

ART. 40 - VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Groupama Assicurazioni rimborsa all'Assicurato, fino all'importo del massimale indicato in Polizza, per Assicurato e per anno assicurativo, le spese, rese necessarie da Malattia o Infortunio, anche in assenza di Ricovero o in assenza di Intervento Chirurgico, prescritte da medico curante o medico specialista e sostenute per:
- visite mediche specialistiche;
- accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio non ricompresi nell'elenco degli accertamenti previsti dalla garanzia Alta Diagnostica;

effettuati durante il periodo di validità del contratto

Il rimborso delle prestazioni indicate, se effettuate durante la validità del contratto, è esteso anche ai follow up per una durata di cinque anni dalla prima diagnosi o dall'accertamento di recidiva, se anch'essi sono stati effettuati nel periodo di validità del contratto, per le seguenti patologie:
- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto;
- ictus cerebro vascolare.

L'Assicurato può richiedere il rimborso delle spese indennizzabili in base alla presente garanzia, con le modalità indicate nelle NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE, art. 59 ⇨ Rimborso delle prestazioni non usufruite in assistenza Diretta.

In alternativa al rimborso, l'Assicurato può usufruire del Pagamento diretto ricorrendo alle Strutture mediche Convenzionate, con le modalità indicate nelle NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE, art. 57 ⇨ Assistenza Diretta con utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati.

Groupama Assicurazioni indennizza o paga la spesa, sia in caso di rimborso sia in caso di pagamento diretto, applicando uno Scoperto pari al 20% della spesa stessa o una Franchigia minima indicata in Polizza se di importo superiore allo Scoperto.
Questo significa che in caso di ricorso ad una struttura medica convenzionata, l'Assicurato deve corrispondere alla stessa l'importo a suo carico pari allo Scoperto o Franchigia che trova applicazione.

Lo Scoperto non si applica se l'Assicurato chiede il rimborso del solo ticket perché ha usufruito delle prestazioni in regime di convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale.

Dalla presente garanzia sono escluse visite odontoiatriche ed ortodontiche.

ART. 41 – CONDIZIONI SPECIALI PER LA GARANZIA VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Per la garanzia Visite specialistiche e accertamenti diagnostici è disponibile la Condizione Speciale disciplinata dall'art. 23 ⇨ Massimale per nucleo.
Le stessa è operante solo se presente in Polizza.

GARANZIA CURE FISIOTERAPICHE DA INFORTUNIO
(OPERANTE SE PRESENTE IN POLIZZA)

ART. 42 - CURE FISIOTERAPICHE DA INFORTUNIO

Groupama Assicurazioni rimborsa all'Assicurato, fino all'importo del massimale indicato in Polizza, per Assicurato e per anno assicurativo, le spese rese necessarie da Infortunio e sostenute, anche in assenza di Ricovero o in assenza di Intervento Chirurgico, per:
- trattamenti fisioterapici e rieducativi se **prescritti da un medico specialista** la cui specializzazione è inerente al trauma o alla lesione conseguente all'Infortunio denunciato ed effettuati da personale sanitario abilitato il cui titolo deve essere comprovato dal documento di spesa;
- trattamenti di agopuntura e/o di osteopatia, **qualora prescritti da medico specialista** ed eseguiti rispettivamente da medico chirurgo o da osteopata iscritto all'Albo degli Osteopati italiani.

Il rimborso delle spese sostenute per i trattamenti sopra elencati è previsto se l'Infortunio e i trattamenti descritti hanno luogo durante il periodo di validità del contratto.

Sono comprese in garanzia le spese per trattamenti effettuati entro un anno dalla data di accadimento dell'infortunio, ferma la condizione di cui sopra riguardo alla validità della copertura assicurativa.

L'Assicurato può richiedere il rimborso delle spese indennizzabili in base alla presente garanzia, con le modalità indicate nelle NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE, art. 59 ▫▫⇨ Rimborso delle prestazioni non usufruite in assistenza Diretta, per l'indicazione dell'operatività da seguire ai fini del pagamento dell'indennizzo.

GARANZIA MALATTIE GRAVI
(OPERANTE SE PRESENTE IN POLIZZA)

ART. 43 - LIMITI DI ETÀ
Al momento della sottoscrizione del contratto, l'Assicurato deve avere un'età compresa tra 18 e 70 anni compiuti, mentre alla scadenza dell'Assicurazione l'età non può risultare superiore a 75 anni compiuti.
Se l'Assicurato compie il 75° (settantacinquesimo) anno di età durante l'anno assicurativo, l'Assicurazione mantiene la sua validità sino alla prima scadenza annuale successiva al raggiungimento di tale età. Successivamente a tale scadenza, l'Assicurazione cessa automaticamente.

ART. 44 - MALATTIE GRAVI
Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato, una sola volta per l'intera durata della copertura assicurativa, l'importo fisso indicato in Polizza, a titolo di rimborso forfettario per le spese mediche sostenute in caso di prima Diagnosi di Malattia Grave, tra quelle di seguito descritte.
La Diagnosi di Malattia Grave deve essere comprovata da idonea documentazione medica e deve aver luogo dopo che siano decorsi i Termini di Carenza all'art. 17 ▫▫⇨ Termini di Carenza.
La Malattia Grave deve essere diagnosticata all'Assicurato dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, fatto salvo quanto escluso all'art. 16 ▫▫⇨ Esclusioni.

TUMORE
Per l'operatività della garanzia, la diagnosi di Tumore maligno, caratterizzato dalla crescita incontrollata di cellule maligne e dall'invasione del tessuto, deve essere confermata in via definitiva da specialista oncologo. La diagnosi deve essere confermata da referto istopatologico e stadiazione.
Il termine "tumore" include, tra le altre, leucemia, sarcoma e linfoma.

INFARTO ACUTO DEL MIOCARDIO
Per la validità della garanzia, la diagnosi definitiva di infarto miocardico acuto deve essere confermata da specialista cardiologo. Nel dettaglio, deve essere certificata la necrosi di una parte del muscolo miocardico, risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata. È necessario vi sia diagnosi certa di infarto miocardico acuto e che la stessa sia sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri:
1) sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio;
2) nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla Data di Decorrenza del contratto;
3) tipica elevazione con aumento al di sopra dei valori di normalità dei biomarkers cardiaci specifici.

ICTUS
Per l'operatività della garanzia la diagnosi di un nuovo ictus acuto deve essere certificata da uno specialista neurologo e deve essere confermata da tecniche ad immagini. Nel dettaglio, l'ictus deve:
- comportare la morte irreversibile del tessuto cerebrale a causa di mancato apporto sanguigno o emorragia nel tessuto cerebrale o emorragia nello spazio subaracnoideo;
- contribuire ad una compromissione permanente delle funzioni neurologiche delle quali si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie all'esame obiettivo, che permangono per un periodo continuativo di almeno 30 giorni successivamente all'esordio dell'ictus.

SCLEROSI MULTIPLA
Per l'operatività della garanzia, la diagnosi definitiva di sclerosi multipla deve essere effettuata da uno specialista neurologo e deve essere confermata da indagini neurologiche e tecniche ad immagine clinicamente riconosciute al momento dell'evento. Inoltre, all'esame obiettivo deve essere riscontrato un deficit neurologico permanente, in base ad evidenze obiettive, in forma persistente e continua per almeno tre mesi.

MALATTIA DEI MOTONEURONI (compresa SLA)
La garanzia è operativa in caso di diagnosi definitiva, formulata da uno specialista neurologo, di una delle seguenti malattie dei motoneuroni:
- atrofia muscolare spinale;
- paralisi bulbare progressiva;
- sclerosi laterale amiotrofica o sclerosi laterale primaria.

Per il riconoscimento del rimborso forfettario all'esame obiettivo deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive, all'esame clinico, di disfunzione motoria e debolezza muscolare.

DEMENZA DA ALZHEIMER E DISTURBI NEUROCOGNITIVITI MAGGIORI (c.d. Demenza con deficit cognitivo di grado severo)
La demenza da Alzheimer o genericamente demenza sono malattie che provocano deficit cognitivo severo e permanente e vengono diagnosticate attraverso anamnesi clinica, specifici test clinici (test Mini Mental Status, Esame di Folstein ecc) e tecniche ad immagini. Per la validità della garanzia:
- la diagnosi deve essere formulata da uno specialista neurologo o geriatra e deve essere confermata, al momento della formulazione, da evidenza di deterioramento progressivo e permanente della memoria e della capacità di ragionare e di percezione, di comprensione ed espressione;
- devono esserci evidenze di una riduzione significativa nelle capacità mentali (confermata da un punteggio mini-mental inferiore a 10) e sociali tale da richiedere la continua assistenza e sorveglianza da parte di una terza persona, 24 ore su 24, per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana (ADL).

MALATTIA DI PARKINSON
La garanzia è operativa in caso di diagnosi inequivocabile e definitiva di Malattia di Parkinson idiopatica, ossia ad eziologia sconosciuta, formulata da uno specialista neurologo (primario o aiuto) di clinica o Istituto Universitario di Neurologia prima del 65° (sessantacinquesimo) compleanno dell'Assicurato. La diagnosi deve essere confermata dalla presenza di tutte e tre le seguenti condizioni:
- la condizione non è controllabile con terapia farmacologica;
- la condizione mostra segni oggettivi di compromissione (degenerazione) progressiva;
- l'Assicurato risulta incapace a svolgere tre o più delle seguenti attività per un periodo continuo di almeno sei mesi:
  1. Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);

2. Vestirsi e Svestirsi: la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento e, eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
3. Andare al bagno ed usarlo: la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc);
4. Spostarsi: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e vice versa senza l'aiuto di una terza persona;
5. Continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
6. Alimentarsi: la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

INSUFFICIENZA RENALE
Per l'operatività della garanzia, la diagnosi di insufficienza renale terminale con insufficienza totale ed irreversibile di entrambi i reni deve essere certificata da medico specialista nefrologo. L'insufficienza renale deve essere trattata tramite emodialisi renale continua oppure trapianto renale e il trattamento deve essere deciso da un nefrologo.

CECITÀ
Per l'operatività della garanzia la diagnosi definitiva di cecità, intesa come perdita totale, permanente e irreversibile della vista in entrambi gli occhi, dovuta a trauma o Malattia, deve essere certificata da medico specialista.
Dall'esame della vista deve emergere almeno una delle seguenti condizioni:
- visione nell'occhio migliore ridotta a un'acuità visiva corretta di meno di 1/10 (<0.1);
- riduzione del campo visivo a 20 gradi o meno in entrambi gli occhi.

La cecità è tale solo se è impossibile correggerla mediante ausili o procedura medico-chirurgica.

ANEMIA APLASTICA
La garanzia è operativa in caso di diagnosi, certificata da uno specialista ematologo, di anemia aplastica irreversibile e di grado severo. Nel dettaglio, dovrà risultare una cellularità midollare inferiore al 25% e almeno due delle seguenti condizioni:
- conta assoluta dei neutrofili inferiore a 0,5 x 10^9/L;
- conta piastrinica inferiore a 20 x 10^9/L;
- conta reticolociti inferiore a 20 x 10^9/L.

Inoltre, l'Assicurato deve essere in terapia continua da almeno tre mesi con trasfusioni di prodotti ematici, fattori di crescita midollare o terapia di immunosoppressione o, in alternativa, deve aver ricevuto un trapianto di midollo o di cellule staminali emopoietiche per trattare l'insufficienza midollare.

PARALISI
Per l'operatività della garanzia la diagnosi definitiva di paralisi deve essere certificata da parte di un medico specialista, che confermi la perdita totale e irreversibile della funzione di due o più arti, quale riscontrabile da almeno tre mesi, a seguito di lesione fisica o Malattia dell'apporto nervoso ai muscoli. Sono incluse, tra le altre, quadriplegia, emiplegia e paraplegia.
La paralisi completa del braccio/delle braccia e/o della gamba/delle gambe deve essere riscontrabile all'esame obiettivo e corredata da esami neurologici appropriati.

Si rimanda alle NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE, art. 64 ⇨ Corresponsione dell'indennizzo per Malattia Grave per l'indicazione dell'operatività da seguire ai fini del pagamento dell'indennizzo.

Una volta pagata la prestazione assicurata per una delle Malattie gravi incluse nella presente garanzia, la stessa termina e l'Assicurato non ha diritto ad altri rimborsi forfettari in caso di diagnosi di altre Malattie gravi.

ART. 45 - PERIODO DI SOPRAVVIVENZA PER MALATTIE GRAVI

L'Assicurazione non prevede il pagamento di alcuna prestazione per Malattie gravi, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nei primi 30 (trenta) giorni successivi alla diagnosi della Malattia Grave secondo i criteri illustrati al precedente art. 44 ⇨ Malattie gravi. Il diritto al rimborso forfettario matura a condizione che siano contemporaneamente soddisfatte le seguenti condizioni:

- l'Assicurato deve essere in vita al momento della denuncia del Sinistro;
- l'Assicurato deve essere colpito da una delle Malattie Gravi come descritte al precedente art. 44 e tutti i criteri specificati nella definizione devono essere soddisfatti;
- deve essere presentata tutta la documentazione necessaria ai fini della valutazione del Sinistro.

Nessuna prestazione verrà corrisposta per le Malattie gravi diagnosticate successivamente al decesso dell'Assicurato e/o nel periodo di Carenza.

GARANZIE CURE ODONTOIATRICHE
(OPERANTI SE PRESENTE IN POLIZZA)

ART. 46 – LIMITI DI ETA'

Al momento della sottoscrizione del contratto l'età dell'Assicurato deve essere compresa tra i 6 e 70 anni compiuti, mentre alla scadenza dell'Assicurazione non può risultare superiore a 75 anni compiuti.
Se l'Assicurato compie il 75° (settantacinquesimo) anno di età durante l'anno assicurativo, l'Assicurazione mantiene la sua validità fino alla prima scadenza annuale successiva al raggiungimento di tale età. Successivamente a tale scadenza, l'Assicurazione cessa automaticamente.

ART. 47 – CURE ODONTOIATRICHE

Groupama Assicurazioni rimborsa le spese per prestazioni odontoiatriche effettuate dopo la Data di Decorrenza del contratto e durante il periodo di validità della stessa, nel rispetto dei Termini di Carenza di cui all'art. 17, rese necessarie da Malattia o Infortunio, entrambi avvenuti in corso di contratto, e per prestazioni di prevenzione.

Le cure odontoiatriche sono suddivise in tre livelli di garanzia, come di seguito indicato.

- Prevenzione odontoiatrica e cure di I Livello: sono comprese in garanzia le spese relative alle prestazioni di prevenzione dentale e le cure dentarie di I Livello indicate nell'Allegato 3 ⇨ Prestazioni Odontoiatriche Assicurate, entro i limiti di importo indicati nello stesso allegato. Le prestazioni di prevenzione devono essere effettuate in un'unica soluzione.
- Cure di II Livello: attivabili solo in aggiunta alla Prevenzione odontoiatrica e cure di I Livello, consentono di estendere la garanzia alle cure dentarie di II Livello indicate nell'Allegato 3 ⇨ Prestazioni Odontoiatriche Assicurate, entro i limiti di importo indicati nello stesso allegato.
- Cure di III Livello: attivabili solo in aggiunta ai due precedenti livelli di copertura consentono di estendere la garanzia alle cure dentarie di II Livello indicate nell'Allegato 3 ⇨ Prestazioni Odontoiatriche Assicurate, entro i limiti di importo indicati nello stesso allegato.

Groupama Assicurazioni garantisce all'Assicurato le prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica nonché le cure di I e II Livello sia presso Centri Odontoiatrici Convenzionati, attivando preventivamente la modalità Diretta, sia presso Centri Odontoiatrici non Convenzionati.
Le cure di III Livello sono operanti esclusivamente presso Centri Odontoiatrici Convenzionati e solo previa presentazione della Scheda Anamnestica compilata e sottoscritta dal medico odontoiatra che ha in cura l'Assicurato.
Le prestazioni usufruite presso i Centri Odontoiatrici Convenzionati attivando la modalità Diretta sono a totale carico della Società.
Nel caso in cui l'Assicurato, per la Prevenzione odontoiatrica e le cure di I e II Livello, decide di avvalersi di Centri Odontoiatrici non Convenzionati, **l'importo massimo riconosciuto da Groupama Assicurazioni non potrà essere superiore all'importo presente nella colonna Tariffa dell'Allegato 3 ⇨ Prestazioni Odontoiatriche Assicurate**.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per: prevenzione odontoiatrica, cure di I, II e III Livello è previsto il Rimborso al 100% del ticket, fermi i limiti indicati nella colonna Tariffa della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (Allegato 3)."

ART. 48 – TRATTAMENTI ODONTOIATRICI COMPLESSI
I trattamenti odontoiatrici di durata superiore ad un anno assicurativo e tutti i trattamenti in cui il preventivo di spesa è superiore a 2.000,00 euro sono inclusi in garanzia nei limiti previsti dall'Allegato 3 ⇨ Prestazioni Odontoiatriche Assicurate e a condizione che prima dell'inizio del trattamento sia presentata alla Struttura organizzativa adeguata documentazione attestante i trattamenti da eseguire, le tempistiche ed il preventivo di spesa.

PREVENZIONE BASE E GARANZIA PREVENZIONE TOP
(OPERANTE SE PRESENTE IN POLIZZA)

ART. 49 – PREVENZIONE
L'Assicurato può effettuare, presso i Centri Diagnostici Convenzionati, le prestazioni sanitarie di prevenzione, anche a solo scopo di controllo, previste dalle seguenti garanzie:
- **Prevenzione Base** – sempre inclusa nella garanzia Ricovero o Grandi Interventi Chirurgici se acquistata (art. 28 ⇨ Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale e art. 30 ⇨ Grandi Interventi Chirurgici);
- **Prevenzione Top** – garanzia opzionale (operante se presente in Polizza).

Le prestazioni previste dalla forma Base e Top sono dettagliate nella seguente tabella.

	Prestazioni incluse nella Prevenzione Base
	Prestazioni incluse esclusivamente nella Prevenzione Top

	AMBITO DI PREVENZIONE	PRESTAZIONI	PREVENZIONE BASE / TOP
PREVENZIONE	Angiologica/Vascolare	Visita specialistica angiologica	
		Ecocolordoppler arterioso e venoso	
	Cardiologica	Visita specialistica cardiologica	
		Ecocardiogramma	
		Esame del sangue (profilo lipidico)	
	Dermatologica	Visita specialistica dermatologica	
		Epiluminescenza	

	AMBITO DI PREVENZIONE	PRESTAZIONI	PREVENZIONE BASE / TOP
PREVENZIONE	**Gastroenterologica**	Visita specialistica gastroenterologica o internistica	
		Ecografia addome completo	
	Ginecologica	Visita specialistica ginecologica	
		Pap test	
		Ecografia transvaginale	
	Otorinolaringoiatrica	Visita specialistica otorinolaringoiatrica	
		Esame audiometrico	
	Pneumologica	Visita specialistica pneumologica	
		Spirometria completa	
		Saturimetria	
		Emogasanalisi	
	Urologica	Visita specialistica urologica	
		Ecografia apparato urogenitale	
		Uroflussometria	
		Esame delle urine	
	Oftalmologica	Visita specialistica oculistica	
		Studio fundus oculi	
		Tonometria	
		Test di Schrimer (test lacrimale)	
	Senologica	Ecografia mammaria con valutazione senologica	
		Mammografia	
	Sportiva	ECG sotto sforzo	
		Emocromo completo	
		Ecocardiogramma	
		Esame delle urine	
		Spirometria	
	Gravidanza	Ecografia primo trimestre	
		Ecografia morfologica	

Le prestazioni di prevenzione possono essere richieste a partire dalla Data di Decorrenza del contratto. È possibile richiedere un ambito di prevenzione per annualità contrattuale, senza alcun costo aggiuntivo, secondo le modalità indicate all'art. 57 ⇨ Assistenza Diretta con utilizzo di strutture e medici convenzionati. In caso di Prevenzione Top, le prestazioni andranno richieste in un'unica soluzione, ad eccezione dell'ambito di prevenzione della Gravidanza a cui l'Assicurato può ricorrere in due momenti distinti, semprechè la prestazione avvenga durante il periodo di validità della garanzia.
Nell'annualità successiva l'Assicurato deve variare l'ambito di prevenzione, ad esempio: nel corso della prima annualità contrattuale l'Assicurato sceglie la prevenzione Cardiologica; nel corso della seconda annualità contrattuale l'Assicurato sceglie la prevenzione Urologica.

Se nel corso di un'annualità assicurativa l'Assicurato non usufruisce della prestazione di prevenzione, non ne potrà richiederne il recupero nel corso delle annualità successive.

La Prevenzione Base è sempre operante se attiva la garanzia Ricovero o Grandi Interventi Chirurgici, perché inclusa. La Prevenzione Top è una garanzia opzionale, attiva se presente in Polizza, che estende le prestazioni della Prevenzione Base fermo restando il limite di un solo ambito di prevenzione ad annualità contrattuale.

Se, previa verifica con la Centrale Operativa, l'Assicurato accerta che non è presente una struttura convenzionata nel raggio di 40 km dalla sua residenza, le prestazioni di prevenzione possono essere effettuate presso qualsiasi struttura a scelta dell'Assicurato, che può chiedere il rimborso della spesa sostenuta fino ad un massimo di 80 euro in caso di Prevenzione Base e di 160 euro in caso di Prevenzione Top, secondo le modalità indicate nelle NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE, art. 59 ⇨ Rimborso delle prestazioni non usufruite in assistenza Diretta.
Groupama Assicurazioni non viene informata degli esiti delle prestazioni di prevenzione, ma la relativa documentazione sanitaria potrebbe essere richiesta in caso di denuncia di sinistro per altra garanzia attiva in Polizza.

GARANZIE ASSISTENZA
(OPERANTI SE PRESENTI IN POLIZZA)

ART. 50 – ASSISTENZA
Groupama Assicurazioni, tramite la Struttura Organizzativa, nei casi di Malattia, Infortunio, parto e Aborto Terapeutico, mette a disposizione dell'Assicurato i servizi previsti dalle seguenti garanzie:
- **Assistenza Base** – garanzia sempre operante e presente in Polizza;
- **Assistenza Top** – garanzia opzionale (operante se presente in Polizza).

I servizi previsti dalla forma Base e Top sono riepilogati nella seguente tabella e di seguito descritti.

	Servizi di Assistenza inclusi nell'Assistenza Base
	Servizi di Assistenza inclusi esclusivamente nell'Assistenza Top

	SERVIZI DI ASSISTENZA	PREVENZIONE BASE / TOP
a)	Secondo Opinion	
b)	Medico online	
c)	Reperimento ed invio di un medico specialista	
d)	Invio di ambulanza	
e)	Invio di un medico	
f)	Prolungamento del soggiorno	
g)	Reperimento di medicinali urgenti	
h)	Trasporto sanitario	
i)	Accompagno in caso di trasporto sanitario	
j)	Rientro dei figli minori	
k)	Rientro anticipato	
l)	Reperimento di una baby-sitter	
m)	Informazioni su centri sanitari, strutture mediche e medici	

	SERVIZI DI ASSISTENZA	PREVENZIONE BASE / TOP
n)	Monitoraggio del ricovero ospedaliero	
o)	Interprete all'estero per problemi di salute	
p)	Rimpatrio della salma	
q)	Assistenza Infermieristica domiciliare	
r)	Reperimento e invio di una collaboratrice familiare	
s)	Supporto psicologico	
t)	Invio di un fisioterapista a domicilio	
u)	Consegna medicinali e articoli sanitari urgenti al domicilio	
v)	Consegna spesa a domicilio	
w)	Tele/video consulto medico H24/365	
x)	Cartella medica personale	
y)	Invio di eventuali ricette o referto tramite la piattaforma telemedicale	
z)	Visual medicare	
aa)	Prenotazione di accertamenti o visite specialistiche in strutture convenzionate	
bb)	Servizio di Clinical Case Manager	

a) Second Opinion
L'Assicurato, dopo aver fornito alla Struttura Organizzativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero. Tale parere è complementare rispetto ad una precedente valutazione medica, ha finalità esclusivamente informative e non intende modificare l'orientamento del medico curante.

b) Medico online
Se, in caso di infortunio o malattia, l'Assicurato non riesce a contattare il proprio medico abituale, mettendosi in comunicazione con la Struttura Organizzativa, può essere messo in contatto con il medico di guardia e ricevere consigli ed indicazioni mediche di carattere generale; la Struttura Organizzativa non fornisce diagnosi o prescrizioni. **La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.**

c) Reperimento ed invio di un medico specialista
Se l'Assicurato ha necessità di reperire un medico specialista (ginecologo, pediatra, ecc.), anche d'urgenza, può contattare la Struttura Organizzativa che provvede ad inviarne presso il domicilio dell'Assicurato uno convenzionato. **Il costo della prestazione, a tariffe agevolate, è a carico dell'Assicurato o del Contraente.**

d) Invio di ambulanza
Se, in seguito ad un primo contatto telefonico, la Struttura Organizzativa giudica indispensabile una visita medica accurata, non eseguibile da medico abituale dell'Assicurato perché irreperibile, la Struttura Organizzativa provvede a far trasportare l'Assicurato, tramite ambulanza o mezzo sanitario adeguato, presso la più vicina struttura convenzionata, sostenendo o rimborsando all'Assicurato il relativo costo. La Struttura Organizzativa organizza anche il trasporto tra il primo ospedale e l'eventuale centro medico di riabilitazione e/o il rientro dell'Assicurato dall'ospedale al proprio domicilio in Italia. La decisione medico-

operativa è a totale discrezione del responsabile medico della Struttura Organizzativa. Come previsto dalle disposizioni di legge vigenti, la Struttura Organizzativa non può in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio di Emergenza 112). La Struttura Organizzativa potrà organizzare e coordinare l'intervento dell'Unità di Soccorso (Servizio 112), tenendo i contatti con l'Assicurato stesso. **La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.**

e) Invio di un medico
Se l'Assicurato necessita di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesce a reperire il suo medico curante, la Struttura Organizzativa provvede, dopo che il proprio medico ne ha accertato la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati.
La presente prestazione è valida esclusivamente in Italia e per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

f) Prolungamento del soggiorno
Se a seguito di Ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'estero superiore a 7 giorni, gli accompagnatori dello stesso sono costretti a trattenersi anch'essi all'estero, la Struttura Organizzativa provvede alle spese per il loro pernottamento in albergo.
La presente prestazione opera fino a concorrenza di euro 100,00 per notte e per persona, e con il limite di euro 300,00 per sinistro.

g) Reperimento di medicinali urgenti
Nel caso in cui l'Assicurato, fuori dal proprio domicilio, non può disporre per motivi imprevisti di medicinali (registrati in Italia) indispensabili al suo stato di salute, e gli è impossibile procurarseli in loco od ottenerne di equivalenti, la Struttura Organizzativa provvede, nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali, all'invio a destinazione di detti medicinali. Il costo dei medicinali è a carico dell'Assicurato. **La presente prestazione è valida esclusivamente all'estero.**

h) Trasporto sanitario
In caso di ricovero dell'Assicurato, previa consultazione tra la Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, se le strutture dell'istituto di cura dove si trova l'Assicurato non vengono giudicate adeguate a risolvere la patologia del caso, la Struttura Organizzativa provvede a trasportare l'Assicurato presso il più vicino istituto di cura in grado di prestare le cure necessarie.
Il trasporto viene effettuato, secondo la gravità del caso e sotto sorveglianza medica, se necessario, tramite:
- aereo sanitario;
- aereo di linea regolare;
- treno (1ª classe, wagon-lit, cuccetta).

La Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato o di un suo familiare, può provvedere, nei limiti delle disponibilità del momento, a reperire il luogo di cura attrezzato e prenotare il ricovero dell'Assicurato. Al momento della dimissione dell'Assicurato dal luogo di cura, la Struttura Organizzativa provvede al suo trasporto fino al domicilio.
La presente prestazione opera fino a concorrenza di euro 2.500,00 per sinistro limitatamente al trasporto da un luogo di cura ad un altro, e fino a concorrenza di euro 300,00 per sinistro limitatamente al trasporto dal luogo di cura al domicilio.

i) Accompagnatore in caso di trasporto sanitario
In caso di trasporto sanitario di cui al precedente punto h), la Struttura Organizzativa, se richiesto, organizza il viaggio ed il soggiorno (vitto e alloggio) di un familiare o di una persona prescelta dall'Assicurato che funga da accompagnatore a fianco del paziente.

j) Rientro dei figli minori
Se, a seguito di ricovero dell'Assicurato, in viaggio ad oltre 100 km dal proprio domicilio con figli minori di anni 12, questi ultimi si trovano senza un accompagnatore maggiorenne, la Struttura Organizzativa provvede, su richiesta, all'organizzazione del loro rientro, tenendo a proprio carico le relative spese. Se le circostanze lo richiedono, la Struttura Organizzativa mette a disposizione un accompagnatore, munito di apposita delega rilasciata dal genitore o da chi ne fa le veci.

k) Rientro anticipato
In caso di indispensabile presenza dell'Assicurato presso il domicilio per Infortunio o Malattia di un suo familiare, anche egli assicurato e sottoposto a Ricovero di durata superiore a 48 ore, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un biglietto di viaggio dal luogo del soggiorno fino al domicilio.

l) Reperimento di una baby-sitter
L'Assicurato, in caso di Ricovero in ospedale per un periodo superiore a 3 giorni, può chiedere alla Struttura Organizzativa di reperire ed inviare presso la propria abitazione una baby-sitter per accudire i figli minori di anni 12. L'invio della baby-sitter ha luogo nel più breve tempo possibile.
La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

m) Informazioni su centri sanitari, strutture mediche e medici
La Struttura Organizzativa è a disposizione dell'Assicurato o di uno dei genitori dello stesso per fornire consigli od informazioni riguardo gli istituti di cura ed i medici/pediatri specialisti (in relazione alla patologia da lui segnalata), operanti in Italia ed all'estero, che possano garantire le cure del caso. **La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.**

n) Monitoraggio del ricovero ospedaliero
In caso di Ricovero dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa, direttamente o attraverso medici/pediatri convenzionati sul posto, è a disposizione per favorire lo scambio di informazioni tra i familiari ed i medici/pediatri dell'istituto di cura. **La presente prestazione è valida per un massimo di 2 volte per anno assicurativo.**

o) Interprete all'estero per problemi di salute
In caso di necessità conseguente a Ricovero ospedaliero all'estero, e limitatamente ai Paesi dove esistono propri corrispondenti, la Struttura Organizzativa organizza il reperimento di un interprete e la Società se ne assume il costo. **La presente prestazione è valida per un massimo di 5 ore per anno assicurativo e comunque per un massimo di 2 volte per anno assicurativo.**

p) Rimpatrio della salma
La Struttura Organizzativa, in caso di decesso dell'Assicurato all'estero causato da Infortunio o Malattia, provvede a sue spese alla traslazione del feretro dal luogo di decesso fino al luogo di inumazione in Italia, intendendosi compreso il costo di un feretro, di modello economico, che ne permetta il trasporto. Devono intendersi escluse le spese accessorie di cerimonia, inumazione o cremazione in Italia. La Struttura Organizzativa organizza, sostenendone la spesa, il ritorno degli altri familiari assicurati o, in mancanza di questi, di una persona ugualmente assicurata, sempre che questa non possano fare ritorno con i mezzi inizialmente previsti.
Nel caso in cui disposizioni locali impongano una inumazione provvisoria o definitiva sul posto, la Struttura Organizzativa organizza a proprie spese il viaggio di andata e ritorno di un familiare dell'Assicurato deceduto (coniuge, ascendente, discendente, fratello, sorella), sempre

che una di queste persone non si trovi già sul posto, mettendo a sua disposizione un biglietto di viaggio per recarsi dal suo domicilio in Italia fino al luogo in cui avviene l'inumazione.

q) Assistenza infermieristica domiciliare
Se, in seguito a Ricovero per Infortunio o Malattia di almeno 7 giorni, l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica domiciliare prescritta dal medico ospedaliero e/o curante entro 15 giorni dalla dimissione, la Struttura Organizzativa provvede a reperire un infermiere, sostenendo o rimborsando all'Assicurato il relativo costo.
La presente prestazione opera fino a concorrenza di un importo giornaliero massimo di euro 50 per un periodo massimo di 30 giorni per evento.

r) Reperimento e invio di una collaboratrice familiare
Se l'Assicurato a seguito di una Malattia o un Infortunio viene ricoverato in Istituto di Cura per almeno una notte e nei 15 giorni successivi alle dimissioni non può occuparsi delle mansioni domestiche e delle attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana, la Struttura Organizzativa, compatibilmente con le disponibilità locali, segnala all'Assicurato il nominativo di una colf nelle vicinanze. La Società si fa carico del costo della colf fino ad un massimo di 5 ore per sinistro. **Le eventuali eccedenze sono a carico dell'Assicurato e devono da lui essere regolate direttamente con la colf inviata dalla Struttura Organizzativa. La Prestazione è fornita fino a 3 volte per anno assicurativo.**

s) Supporto psicologico
Se l'Assicurato necessita di un supporto psicologico a seguito di:
- disturbi d'ansia e d'umore, stress o problemi relazionali;
- disturbi dell'alimentazione e/o dipendenza;

oppure se ha necessità di sostegno genitoriale, a fronte di problematiche e disagi dei propri figli adolescenti o di sostegno per affrontare il proprio ruolo di care giver familiare, può contattare la Struttura Organizzativa che attiva il percorso di supporto psicologico. Il percorso prevede 4 sedute da fruire entro un mese dall'attivazione a carico della Società, in video consulto. **Le eventuali sedute fruite oltre il mese dall'attivazione o eccedenti le quattro previste successive a quelle garantite son a carico dell'Assicurato. La prestazione è erogata 1 volta per anno assicurativo.**

t) Invio di un fisioterapista a domicilio
Se l'Assicurato, a seguito di una Malattia o un Infortunio, ha bisogno, come da prescrizione di medico specialista, di trattamenti fisioterapici, la Struttura Organizzativa garantisce il reperimento e l'invio al domicilio di un assistente fisioterapico specializzato. **La presente Prestazione opera fino a concorrenza di 4 sedute per un periodo massimo di 30 giorni per evento. La Prestazione è fornita fino a 2 volte per anno assicurativo.**

u) Consegna medicinali e articoli sanitari urgenti al domicilio
Se l'Assicurato, a seguito di una Malattia o un Infortunio, ha bisogno, come da prescrizione medica scritta, di medicine o articoli sanitari e non può allontanarsi dal proprio domicilio, o dal luogo in cui si trova, per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvede alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. La Società mantiene a proprio carico solo i costi per la consegna. **Il costo dei medicinali è a carico dell'Assicurato. La Prestazione è fornita fino a 3 volte per anno assicurativo.**

v) Consegna spesa a domicilio
Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia comportante permanenza a letto certificata da prescrizione medica, è impossibilitato a muoversi dalla propria residenza e non può allontanarsi dal proprio domicilio, la Struttura Organizzativa, provvede alla consegna di

generi alimentari o di prima necessità. La Società mantiene a proprio carico solo i costi per la consegna. **Il costo di generi alimentari o di prima necessità è a carico dell'Assicurato. La Prestazione è fornita fino a 3 volte per anno assicurativo.**

w) Tele/video consulto medico H24/365

In caso di Malattia o Infortunio dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa fornisce prestazioni digitali di Assistenza medica a distanza. L'Assicurato può utilizzare le prestazioni attraverso il link "Telemedicina" disponibile nella propria area personale dell'applicazione My Assistance. L'utilizzo delle prestazioni è subordinato all'accettazione delle condizioni d'uso della piattaforma My Assistance. La registrazione è riservata solo alle persone maggiorenni. L'accesso all'area personale permette all'Assicurato di usufruire 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, delle seguenti Prestazioni.

- Consulto medico: l'Assicurato può richiedere un consulto medico generico 24 ore su 24 con i medici della Struttura Organizzativa, attraverso chiamata vocale o videochiamata. Il consulto medico a distanza è fornito in base alle informazioni che l'Assicurato fornisce, ed è un parere non una diagnosi.
- Consulto specialistico: l'Assicurato può richiedere un consulto specialistico con i medici della Struttura Organizzativa in: pediatria, ortopedia, ginecologia, cardiologia, geriatria, neurologia, psicologia, nutrizione, attraverso chiamata vocale o videochiamata.

Sono disponibili 3 consulti complessivi per anno assicurativo.
Per le situazioni di emergenza l'Assicurato è tenuto a contattare il numero di emergenza del Paese in cui si trova. In caso di richiesta del servizio per iscritto, la relativa consulenza è attivata nella medesima forma, nell'area riservata della piattaforma dedicata all'Assicurato, entro le 48 ore successive alla richiesta.

x) Cartella medica personale

L'Assicurato, attraverso il link "Telemedicina" disponibile nella propria area personale dell'applicazione My Assistance, ha accesso alla propria Cartella medica personale dove può archiviare tutti i dati sulla propria salute pregressa e attuale, allegare esiti di esami e referti, inserire misurazioni dei propri parametri (pressione, glicemia, frequenza cardiaca, peso, temperatura), tenere traccia dello storico e inserire i farmaci assunti. La cartella è disponibile per consultare e/o scaricare i propri dati autonomamente e in modo sicuro in qualunque momento. Nella cartella è presente un servizio di Pill Reminder che consente di impostare in modo autonomo dei promemoria per i farmaci da assumere. Il servizio di Pill Reminder è fornito dalla Società a titolo gratuito e funziona mediante invio di sms o di pop up attivi sul device dell'Assicurato.
Inoltre, l'Assicurato dalla propria cartella può creare il proprio report d'emergenza traducendo in modo automatico i propri dati nelle lingue disponibili, per condividerlo con i medici all'estero.
L'utilizzo delle prestazioni è subordinato all'accettazione delle condizioni d'uso della piattaforma My Assistance. La registrazione è riservata solo alle persone maggiorenni.

y) Invio di eventuali ricette o referto tramite la piattaforma telemedicale

In caso di prescrizione di farmici nell'ambito del consulto medico di cui al precedente punto w), la prescrizione viene redatta nella lingua locale con il nome commerciale locale del farmaco. L'invio all'Assicurato è immediato via mail o fax; una copia viene salvata direttamente nella Cartella medica personale descritta al precedente punto x).
Nel caso in cui dal consulto emerge la necessità di un ricovero in una struttura ospedaliera, il medico della Struttura Organizzativa stila il referto in lingua locale e fornisce l'assistenza dialogando con il medico locale o con il personale di pronto soccorso. Il referto è salvato nella Cartella medica personale ed inviato via mail o fax all'Assicurato.

z) Visual medicare
Il servizio permette di trascorrere a casa un periodo di convalescenza postoperatoria o post malattia. Un semplice dispositivo medico rileva con assoluta precisione i parametri vitali, consentendo un monitoraggio costante della salute dell'Assicurato. Un sistema di video conferenza consente un contatto audio-visivo tra il paziente ed il medico che si prende cura di lui utilizzando i protocolli medici creati e certificati dalla Struttura Organizzativa.
Il servizio è attivabile nei primi 30 giorni successivi al ricovero di durata non inferiore a 10 notti consecutive.

aa) Prenotazione di accertamenti o visite specialistiche in strutture convenzionate
L'Assicurato può rivolgersi alla Struttura Organizzativa per prenotare accertamenti o visite specialistiche presso strutture convenzionate.

bb) Servizio di Clinical Case Manager
Il servizio mette in contatto l'Assicurato con un medico qualificato della Struttura Organizzativa, che suggerisce, spiega, informa e organizza il miglior percorso di cura possibile per lo stesso, seguendolo poi in tutte le fasi dell'evento stesso. In caso di esami o ricoveri, gli stessi vengono organizzati operativamente dal personale della Struttura Organizzativa nelle strutture convenzionate. Nell'ambito dei vari consulti, il medico è in grado di valutare esami, referti, immagini in possesso dell'Assicurato per meglio valutare il caso clinico e, se necessario, può attivare una second opinion sfruttando il network di specialisti italiani o esteri.

È possibile richiedere le prestazioni di Assistenza secondo le modalità indicate all'art. 70 ⇨ Denuncia del sinistro – obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato.

ART. 51 – LIMITI DI ESPOSIZIONE DELL'ASSISTENZA
I massimali previsti da ogni singola prestazione di assistenza sono:
- disponibili per ciascun Assicurato e per ogni sinistro;
- **al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge.**

L'organizzazione di una delle prestazioni riportate al precedente art. 50 su iniziativa dell'Assicurato o di una terza persona dà diritto a rimborso solo nel caso in cui la Struttura Organizzativa abbia precedentemente dato il suo accordo sui mezzi da utilizzare. In tal caso, la Struttura Organizzativa fornirà all'Assicurato il numero relativo alla sua pratica.

Limitatamente alla prestazione k) Rientro anticipato, l'esposizione della Struttura Organizzativa è complementare a quanto l'Assicurato avrebbe dovuto comunque sostenere per il suo ritorno, quali i costi relativi a biglietti aerei, ferroviari o marittimi, pedaggi, costo di carburante, ecc. che devono pertanto considerarsi a suo carico. In conseguenza di ciò, l'Assicurato deve consegnare i titoli di trasporto non utilizzati con la firma di una delega appropriata. La Struttura Organizzativa si occupa delle pratiche di rimborso ed è autorizzata a trattenere le somme ricavate. In difetto, l'Assicurato è tenuto, entro tre mesi dal rientro, ad intraprendere le pratiche per il rimborso dei biglietti di viaggio non utilizzati e a versarne le relative somme alla Struttura Organizzativa. Le eventuali spese sostenute, sempre che autorizzate, sono rimborsate previa presentazione di validi giustificativi (fatture, certificati, notule).

GARANZIA TUTELA LEGALE
(OPERANTE SE PRESENTE IN POLIZZA)

ART. 52 – TUTELA LEGALE
Groupama Assicurazioni, tramite ARAG (art. 72 ⇨ Soggetti di riferimento per la gestione dei sinistri), assicura nei limiti del massimale convenuto di euro 10.000,00 per ogni sinistro senza limite annuo gli oneri relativi ai seguenti eventi.

a) Danni subiti
Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali subiti dall'Assicurato per fatti illeciti di terzi che abbiano provocato l'Infortunio, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

b) Danni subiti a seguito di Ricovero
Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni contrattuali ed extra contrattuali subiti durante il Ricovero presso istituti di cura (pubblici/privati) a seguito di Malattia, Infortunio, parto o Aborto Terapeutico, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale. Sono coperte anche le spese per la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

c) Danni subiti derivanti da Interventi Chirurgici
Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni contrattuali ed extra contrattuali subiti dall'Assicurato derivanti da Interventi Chirurgici effettuati in occasione di Ricovero per Malattia, Infortunio, parto o Aborto Terapeutico per i quali è prestata la copertura assicurativa prevista dalla Polizza. Con riferimento agli Interventi Chirurgici, fermo il presupposto che sia stata prestata la copertura assicurativa prevista nella Polizza, sono compresi anche quelli effettuati in Day Hospital, Day Surgery e gli Interventi Chirurgici Ambulatoriali. Sono coperte anche le spese per la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

d) Controversie per malpractice medica
Sono coperte le spese sostenute dall'Assicurato per la richiesta di risarcimento per danni subìti conseguenti a malpractice medica nei casi di Malattia e Infortunio. Sono coperte anche le spese per la costituzione di parte civile nel procedimento penale.
La garanzia opera per le vertenze contrattuali e per quelle extracontrattuali, nei confronti del medico o dell'operatore sanitario che ha eseguito la prestazione medica e/o paramedica e nei confronti della struttura sanitaria pubblica o privata dove è stata eseguita la prestazione medica, paramedica o riabilitativa.

e) Istituti previdenziali/assistenziali
Sono coperte le spese sostenute per le vertenze con istituti o enti pubblici di assicurazioni Previdenziali o Sociali.

Le spese coperte nei limiti stabiliti dalla Polizza quando l'Assicurato è coinvolto in una vertenza sono:
- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della vertenza;
- compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia solo se, a seguito di questa, la controparte è rinviata a giudizio in sede penale;
- compensi dell'avvocato domiciliatario, se indicato da ARAG;
- spese di soccombenza poste a carico dell'Assicurato;
- spese di esecuzione forzata fino a due casi per sinistro;

- spese dell'organismo di mediazione, quando la mediazione è obbligatoria;
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri;
- compensi dei periti;
- spese di giustizia;
- spese di investigazione difensiva per accertare modalità e dinamica dei sinistri;
- compensi dell'avvocato per la negoziazione assistita o per la mediazione.

Se l'Assicurato è coinvolto in una vertenza, la Società non copre le seguenti spese:
- compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite;
- compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale;
- compensi dell'avvocato domiciliatario, se non indicato da ARAG;
- spese per l'indennità di trasferta;
- spese di esecuzione forzata oltre il secondo tentativo per sinistro;
- spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione non è obbligatoria;
- imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle spese di giustizia;
- multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere;
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali;
- spese non concordate con ARAG;
- ogni duplicazione di onorari, nel caso di domiciliazione;
- spese recuperate dalla controparte.

ART. 53 - LIMITI DI ESPOSIZIONE DELLA TUTELA LEGALE

Le spese legali sono coperte per l'intervento di un avvocato per ogni grado di giudizio.

Nel caso di vertenze tra assicurati le garanzie operano unicamente a favore del Contraente.

Per i sinistri insorti e che devono essere trattati in paesi o territori diversi dall'Unione Europea, Regno Unito, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Principato di Monaco, Principato di Andorra, Svizzera e Liechtenstein, le prestazioni previste all'art. 52 ⇨ Tutela Legale alle lettere a) - b) - c) e d), la garanzia opera in tutto il Mondo nel limite del rimborso massimo di € 5.000.

Se un assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'Assicurato, le garanzie previste in polizza operano a secondo rischio, quindi dopo l'esaurimento del massimale dovuto per legge o per contratto dall'assicuratore di responsabilità civile per spese di resistenza e soccombenza.

Le prestazioni vengono fornite agli assicurati in caso di lesioni fisiche, psichiche e/o morali avvenute successivamente alla data di effetto della presente polizza e conseguenti ad infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico.

La garanzia di Tutela Legale viene prestate a tutela dei diritti di tutti gli Assicurati individuati nominativamente in Polizza, fino ad un massimo di 10 Assicurati.

NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE

ART. 54 – SOGGETTI DI RIFERIMENTO PER LA GESTIONE DEI SINISTRI

I sinistri della garanzia Malattie gravi sono gestiti da Groupama Assicurazioni. I sinistri di tutte le restanti garanzie del Settore Salute e del settore Assistenza sono gestiti da:

My Assistance S.r.l
Via Montecuccoli 20-21 - 20147 Milano

a cui Groupama Assicurazioni ha affidato i servizi di gestione e liquidazione dei sinistri.

My Assistance provvede:

- alla gestione del network di strutture sanitarie e Centri odontoiatrici convenzionati presso i quali, per le garanzie che lo prevedono, è possibile usufruire in modalità Diretta delle prestazioni sanitarie attivabili con detta modalità, senza alcun esborso preventivo dell'Assicurato o con pagamento del solo Scoperto/Franchigie previsti;
- al rimborso delle prestazioni sanitarie eseguite con il Servizio Sanitario Nazionale, oppure presso strutture non convenzionate o presso strutture convenzionate senza preventiva autorizzazione di My Assistance.

Per accedere ai servizi di My Assistance, il Contraente e gli Assicurati dispongono:

- dell'Area Clienti, all'indirizzo internet: https://app.myassistance.eu/ accessibile da smartphone, o personal computer;
- **dell'app MyAssistance**, compatibile con Android e Ios. Attraverso l'Area Clienti/l'app è possibile:
  - consultare il network sanitario convenzionato;
  - formulare le richieste di attivazione delle prestazioni in assistenza Diretta presso il network sanitario convenzionato;
  - inoltrare le richieste di rimborso;
  - monitorare lo stato di lavorazione delle proprie pratiche.

Inoltre, sulla stessa Area Clienti/app è disponibile la Carta Assistenza digitalizzata che gli Assicurati possono stampare e portare con sé per la presentazione alle strutture che compongono il network, per beneficiare delle tariffe convenzionate, a prescindere dall'attivazione della prestazione in assistenza sanitaria Diretta.

Le credenziali per il primo accesso all'Area Clienti/all'app sono fornite da My Assistance all'indirizzo mail del Contraente persona fisica, acquisito al momento di conclusione del contratto. Le credenziali consentono al Contraente di gestire e monitorare le pratiche di tutte le persone assicurate in Polizza.

In caso di Contraente persona giuridica, lo stesso dovrà comunicare a My Assistance i nominativi delle persone assicurate da abilitare, con indicazione del relativo indirizzo mail, scrivendo a retail.groupama@myassistance.it.

In alternativa all'utilizzo dell'Area Riservata/app, il Contraente e gli Assicurati possono attivare le prestazioni previste dal contratto contattando My Assistance ai seguenti recapiti:

numero verde nazionale gratuito, accessibile da telefono fisso: 800.303.007

numero alternativo per chiamate da cellulare e dall'estero: 0039.02.303.500.002

mail: retail.groupama@myassistance.it

Il servizio telefonico è operativo tutti i giorni feriali, **dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:30 alle 18:00.**

Groupama Assicurazioni, lasciando invariati le garanzie e i limiti previsti dal contratto, può affidare il servizio di gestione e liquidazione dei sinistri ad altra società di gestione dei servizi di assistenza autorizzata ai termini di legge. In tal caso, la denominazione della nuova società viene prontamente comunicata al Contraente, senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 55 - RESPONSABILITÀ PRESTAZIONI ESEGUITE DA STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che Groupama Assicurazioni e la Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalle strutture sanitarie convenzionate.
Pertanto, il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture (istituti di cura, centri diagnostici e studi odontoiatrici) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

ART. 56 - DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve comunicarlo formalmente alla Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia, oppure, in caso di sinistro relativo alla garanzia Malattie gravi, a Groupama Assicurazioni.
La comunicazione deve essere effettuata entro dieci giorni da quando il Contraente e/o l'Assicurato ne ha conoscenza e, comunque, non oltre il decimo giorno dal momento in cui ne ha la possibilità.
La mancata comunicazione nei termini indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, come previsto dall'art. 1915 del Codice Civile.
Equivale a denuncia del sinistro la richiesta, effettuata dall'Assicurato alla Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia, per l'attivazione della prestazione sanitaria in forma diretta presso una delle strutture del network sanitario. A tale scopo, la richiesta dell'Assicurato deve essere completa della documentazione specificata al successivo art. 57 ⇨ Assistenza Diretta con utilizzo di strutture e medici convenzionati e deve essere stata formalmente autorizzata dalla Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia incaricata.
Successivamente alla denuncia di sinistro, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica indicata ai successivi artt. 57, 58 e 59.
L'Assicurato deve:

- consentire le indagini e gli accertamenti necessari;
- su richiesta di Groupama Assicurazioni, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati;
- fornire ogni informazione e produrre copia conforme della Cartella Clinica completa, dei certificati, delle diagnosi, dei referti e di ogni altra documentazione medica richiesta;
- sciogliere 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.

ART. 57 - ASSISTENZA DIRETTA CON UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CONVENZIONATI

Prestazioni usufruibili in assistenza Diretta

L'assistenza Diretta può essere attivata per le seguenti prestazioni eseguite presso strutture sanitarie convenzionate:

- prestazioni di Prevenzione Base e Prevenzione Top (art. 49);
- prestazioni eseguite in regime di Ricovero, Day Hospital, Day Surgery o Interventi ambulatoriali senza Ricovero, previste nell'ambito della garanzia Ricovero (art. 28);
- Grandi Interventi Chirurgici ricompresi nell'Allegato 1 ⇨ Elenco Grandi Interventi Chirurgici relativo alla garanzia Grandi Interventi Chirurgici;
- prestazioni previste dalla garanzia Alta diagnostica (art. 38);
- prestazioni previste dalla garanzia Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (art. 40);
- prestazioni previste dalla garanzia Cure odontoiatriche (art. 47).

Le prestazioni di prevenzione previsti per la Prevenzione Base e Prevenzione Top possono essere eseguite esclusivamente presso le strutture sanitarie convenzionate, fatta salva la possibilità di ricorrere al rimborso forfettario delle stesse, nei limiti previsti dall'art. 49, in caso di indisponibilità di una struttura sanitaria convenzionata entro la distanza di 40 Km dalla propria residenza.

Le cure odontoiatriche di III Livello possono essere eseguite solo ricorrendo ai Centri Odontoiatrici Convenzionati. All'occasione del primo Sinistro, il dentista convenzionato, terminata la visita, deve redigere una Scheda anamnestica (Allegato 4) contenente il quadro sanitario dentario dell'Assicurato in quel momento, e trasmetterla alla Struttura organizzativa, la quale ne prenderà visione prima di autorizzare le singole prestazioni.

Riferimenti per l'attivazione dell'assistenza Diretta

Per attivare l'assistenza Diretta, l'Assicurato può utilizzare l'apposita funzione disponibile nell'Area Clienti My Assistance / nell'app MyAssistance oppure deve contattare preventivamente la Centrale Operativa della stessa Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia (art. 54 ⇨ Soggetti di riferimento per la gestione dei sinistri).

Modalità operative dell'assistenza Diretta per prestazioni diverse dalla Prevenzione Base e Prevenzione Top

La richiesta di attivazione delle prestazioni usufruibili in forma Diretta, ad eccezione della Prevenzione Base e Prevenzione Top, deve essere formulata con le modalità indicate **almeno due giorni lavorativi prima della data della prestazione. In caso di prestazioni da effettuarsi a meno di due giorni lavorativi dal primo contatto telefonico o dalla prima richiesta trasmessa tramite Area Clienti / app, il servizio di assistenza in forma diretta potrà essere erogato solo per ricoveri e prestazioni extraospedaliere che rivestono effettivo carattere di urgenza clinicamente e obiettivamente documentata.**

Per la corretta denuncia del sinistro con assistenza Diretta è necessario fornire alla Centrale Operativa:

- copia della prescrizione medica contenente la patologia accertata o presunta, le prestazioni richieste e, in caso di correzione dei difetti di rifrazione, certificazione di medico specialista attestante la natura e l'entità (in diottrie) della correzione;
- copia del piano di cure con il dettaglio delle prestazioni da eseguire in caso di garanzia Cure odontoiatriche. In caso di cure di III Livello, in occasione del primo Sinistro, deve essere inviata anche la Scheda anamnestica (Allegato 4);
- il referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che provi oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.), qualora le prestazioni siano rese necessarie da Infortunio.

Per accertare il diritto alla prestazione la Centrale Operativa può richiedere ulteriore documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e

relative al medesimo evento e ogni altra documentazione medica, esiti di esame strumentali utili alla corretta valutazione del sinistro.
La Centrale Operativa, verificata l'ammissibilità della richiesta, fornisce apposita comunicazione di autorizzazione alla Struttura sanitaria presso la quale la prestazione deve aver luogo e all'Assicurato; provvede poi direttamente al pagamento delle spese sostenute per prestazioni sanitarie previste dal contratto, fermi eventuali limiti di indennizzo, Scoperti / Franchigie che restano a carico dell'Assicurato.
In caso di cure odontoiatriche, la Centrale Operativa provvede inoltre a prenotare per conto dell'Assicurato l'appuntamento per la prima visita presso il Centro Odontoiatrico Convenzionato scelto dall'Assicurato nonché le prestazioni prescritte dal dentista a seguito della prima visita ed incluse nell'Allegato 3 ⇨ Prestazioni Odontoiatriche Assicurate.
Rimangono a carico dell'Assicurato eventuali spese riferite a prestazioni non autorizzate dalla Centrale Operativa e/o non incluse nella copertura assicurativa.

Modalità operative dell'assistenza Diretta per prestazioni di Prevenzione Base e Prevenzione Top
La richiesta di attivazione delle prestazioni di prevenzione deve essere formulata con le modalità indicate **almeno cinque giorni lavorativi prima della data della prestazione.**
La Centrale Operativa, verificata l'ammissibilità della richiesta, prenota la prestazione presso la Struttura sanitaria scelta dall'Assicurato e provvede al relativo pagamento.
Rimangono a carico dell'Assicurato eventuali spese riferite a prestazioni non autorizzate dalla Centrale Operativa e/o non incluse nella copertura assicurativa.

Termini di operatività dell'assistenza Diretta
La preventiva attivazione della Centrale Operativa e la successiva conferma dell'erogazione delle prestazioni sono condizioni essenziali per l'operatività dell'assistenza Diretta. In mancanza delle autorizzazioni di cui sopra, Groupama Assicurazioni rimborsa la spesa sostenuta dall'Assicurato entro i limiti d'indennizzo previsti dal contratto e con applicazione degli eventuali Scoperti / Franchigie.

Il pagamento che Groupama Assicurazioni effettua alla Struttura sanitaria convenzionata solleva la Compagnia stessa nei confronti della stessa Struttura sanitaria e dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare alcuna pretesa per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto Groupama Assicurazioni abbia già corrisposto.

L'assistenza Diretta non pregiudica il diritto della Compagnia a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.
L'attivazione dell'assistenza Diretta e la conferma da parte della Centrale Operativa non pregiudicano la valutazione della Società sulla indennizzabilità del sinistro a termini di Polizza al ricevimento della documentazione completa.
In caso di autorizzazione all'assistenza Diretta, qualora si dovesse accertare successivamente la non validità del contratto di assicurazione o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Compagnia ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Compagnia stessa tutte le somme da questa indebitamente versate alle Strutture sanitarie convenzionate se già saldate, oppure dovrà corrispondere direttamente alle strutture le somme dovute per le prestazioni effettuate presso di queste.
Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

ART. 58 - ASSISTENZA DIRETTA PARZIALE CON UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE E MEDICI NON CONVENZIONATI

L'assistenza Diretta parziale può essere attivata nei casi di Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale o Grande Intervento Chirurgico, se l'Assicurato

sceglie di avvalersi di strutture sanitarie convenzionate e di medici non convenzionati.
In questo caso l'Assicurato deve:

- attivare l'assistenza Diretta per la scelta della struttura sanitaria, come descritto nel precedente art. 57 ⇨ Assistenza Diretta con utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati. Nel rispetto delle condizioni descritte in questo articolo, la Società di gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia provvede al pagamento diretto del costo della struttura;
- provvedere direttamente al pagamento degli onorari dei professionisti non convenzionati e successivamente richiederne il rimborso secondo quanto descritto al successivo art. 59 ⇨ Rimborso delle prestazioni non usufruite in assistenza Diretta.

ART. 59 - RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI NON USUFRUITE IN ASSISTENZA DIRETTA

Per il rimborso delle spese sostenute per prestazioni:

- non eseguibili in regime di assistenza Diretta;

oppure

- per le quali l'Assicurato ha scelto di avvalersi di strutture sanitarie e/o medici non convenzionati;

oppure

- per le quali, pur avvalendosi di strutture sanitarie e medici convenzionati, l'Assicurato non ha richiesto e/o ottenuto l'autorizzazione preventiva dalla Centrale operativa;

l'Assicurato o i suoi familiari devono chiederne il rimborso alla Centrale Operativa, tramite Area Clienti / app, o attraverso l'indirizzo mail disponibile (art. 54 ⇨ Soggetti di riferimento per la gestione dei sinistri).

Non sono in generale usufruibili in assistenza Diretta le spese pre e post Ricovero con/senza intervento, Intervento chirurgico ambulatoriale, Day Surgery (art. 28), Grande intervento chirurgico (art. 30), Intervento chirurgico formula forfait (art. 33).

Di seguito l'elenco della documentazione da allegare alla richiesta al variare della prestazione eseguita.

- **Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital, Day Surgery**: alla richiesta di rimborso vanno allegate la copia di fatture, notule o ricevute quietanzate valide ai fini fiscali e copia conforme all'originale della Cartella Clinica completa.
- **Prestazioni sanitarie senza Ricovero** (visite mediche specialistiche, esami ed analisi, accertamenti diagnostici, cure odontoiatriche, trattamenti e terapie): alla richiesta di rimborso vanno allegati copia del certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con patologia presunta o accertata le notule, fatture o ricevute quietanzate valide ai fini fiscali.
  Le prestazioni devono essere erogate da personale sanitario specializzato (medico, infermiere, fisioterapista) e la relativa fatturazione deve essere effettuata da parte di un Istituto di cura, di uno studio medico o di un medico specialista, da un centro odontoiatrico, ad eccezione di quelle fisioterapiche/riabilitative che possono, altresì, essere fatturate da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con le cure effettuate. La prescrizione dei trattamenti di agopuntura e osteopatia deve essere effettuata da medico specialista, dalle fatture di detti trattamenti deve risultare che gli stessi sono stati eseguiti rispettivamente da medico chirurgo e da specialista osteopata iscritto all'Albo degli Osteopati Italiani.
- **Intervento Chirurgico ambulatoriale**: alla richiesta di rimborso va allegata la relazione medica dell'Intervento Chirurgico. In caso di asportazione neo, la relazione medica dovrà essere accompagnata da referto di esame istologico;

- **Correzione dei difetti di rifrazione effettuata in Day Hospital, Day Surgery o come Intervento Chirurgico ambulatoriale**: alla richiesta di rimborso vanno allegate la copia di fatture, notule o ricevute quietanzate valide ai fini fiscali e copia conforme all'originale della Cartella Clinica completa o della relazione dell'Intervento Chirurgico ambulatoriale, nonché certificazione di medico specialista attestante la natura e l'entità (in diottrie) della correzione necessaria.
- **Spese di trasporto**: alla richiesta di rimborso va allegata copia dei giustificativi delle spese sostenute.
- **Medicinali, parafarmaci, farmaci omeopatici, integratori alimentari**: alla richiesta di rimborso deve essere allegata la prescrizione redatta dal medico specialista o dal medico curante con indicato nome del farmaco/parafarmaco/farmaco omeopatico/integratore alimentare e la patologia per la quale è stato prescritto lo stesso. È inoltre necessario allegare lo scontrino fiscale parlante.

Ai fini dell'accertamento del diritto alla prestazione la Centrale Operativa potrà richiedere ulteriore documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e che siano connesse allo stesso evento e ogni altra documentazione medica, esiti di esame strumentali utili alla corretta valutazione del sinistro.
La Centrale Operativa, verificata l'ammissibilità della richiesta di rimborso provvede allo stesso fermi i limiti di indennizzo e previa applicazione dell'eventuale Scoperto/Franchigia previsti.

Se l'Assicurato ha ricevuto o deve ricevere un rimborso da altro ente assistenziale o da altra assicurazione per una medesima prestazione prevista dal presente contratto, è tenuto a fornire alla Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia l'evidenza degli importi ricevuti o che gli verranno riconosciuti. La Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia paga la prestazione richiesta solo per la parte di spesa effettivamente sostenuta dall'Assicurato, **al netto di quanto a carico dei suddetti terzi e, comunque, fino ad un importo che sommato a quanto già indennizzato da altro ente o Assicuratore non eccede il costo sostenuto per quella prestazione.**

ART. 60 - UTILIZZO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Se l'Assicurato vuole avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società di Gestione dei servizi provvede a rimborsare integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, purché indennizzabili a termini di Polizza, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva, ove prevista.
La richiesta di rimborso deve aver luogo nelle modalità descritte al precedente art. 59 ⇨ Rimborso delle prestazioni non usufruite in assistenza Diretta.

ART. 61 - RICHIESTA DELL'INDENNITÁ SOSTITUTIVA

Se l'Assicurato, in caso di Ricovero, di Grande Intervento Chirurgico, di Day Hospital, Day Surgery o Intervento Chirurgico ambulatoriale, sceglie di richiedere l'indennità sostitutiva, lo stesso o i suoi familiari devono far pervenire alla Centrale Operativa, copia conforme dell'originale della Cartella Clinica completa e, in caso di Intervento Chirurgico ambulatoriale, la copia conforme della relazione medica dell'Intervento Chirurgico.
In caso di permanenza in Osservazione Breve Intensiva, la stessa deve essere documentata da specifica scheda facente parte integrante della documentazione di pronto soccorso, da fornire unitamente alla richiesta dell'indennità sostitutiva.
Ai fini dell'accertamento del diritto alla prestazione la Centrale Operativa potrà richiedere ulteriore documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e che siano connesse al medesimo evento e ogni altra documentazione medica, esiti di esame strumentali utili alla corretta valutazione del sinistro.

ART. 62 - CORRESPONSIONE DELLE INDENNITÁ GIORNALIERE

La richiesta di riconoscimento delle indennità giornaliere da Ricovero, gessatura e convalescenza, se previste, deve essere presentata alla Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia nelle modalità indicate (art. 54 ⇨ Soggetti di riferimento per la gestione dei sinistri).
Per il riconoscimento della prestazione, la richiesta deve essere completa della seguente documentazione.

- **Indennità giornaliera da Ricovero**: l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia conforme della Cartella Clinica completa; in caso di permanenza in Osservazione Breve Intensiva, la stessa deve essere documentata da specifica scheda facente parte integrante della documentazione di pronto soccorso, da fornire unitamente alla richiesta dell'indennità giornaliera.
- **Indennità giornaliera da convalescenza**: l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire, oltre alla copia conforme della Cartella Clinica completa, copia dei certificati medici che prescrivono ed indicano la durata della convalescenza. L'eventuale prolungamento della convalescenza deve essere documentato da ulteriori certificati medici.
- **Indennità giornaliera da gessatura**: l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia della documentazione sanitaria da cui risulta la prescrizione e/o l'applicazione della gessatura nonché quella della sua rimozione. Per i casi di fratture che non comportino gessatura, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia della documentazione sanitaria (la radiografia e la prescrizione del medico ortopedico-traumatologo o del pronto soccorso).

Per accertare il diritto alla prestazione la Centrale Operativa può richiedere ulteriore documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e che siano connesse al medesimo evento e ogni altra documentazione medica, esiti di esame strumentali utili alla corretta valutazione del sinistro.

La Centrale Operativa, verificato il diritto alla prestazione provvede al relativo riconoscimento, nel rispetto dei limiti di indennizzo e previa applicazione dell'eventuale Scoperto/Franchigia.

ART. 63 - CORRESPONSIONE DELLE PRESTAZIONI DI CUI ALLA GARANZIA INTERVENTI CHIRURGICI FORMULA FORFAIT

La richiesta di riconoscimento della prestazione forfettaria prevista dalla garanzia Interventi Chirurgici formula forfait e della relativa garanzia accessoria di Rimborso spese pre e post per interventi chirurgici formula forfait, deve essere presentata alla Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia nelle modalità indicate (art. 52 ⇨ Soggetti di riferimento per la gestione dei sinistri).
Ai fini del riconoscimento della prestazione forfettaria la richiesta deve essere completa di copia conforme della Cartella Clinica completa.
Per il rimborso delle spese pre e post trova applicazione quando disciplinato al precedente art. 59 ⇨ Rimborso delle prestazioni non usufruite in assistenza Diretta.

Ai fini dell'accertamento del diritto alla prestazione la Centrale Operativa potrà richiedere ulteriore documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e che siano connesse al medesimo evento e ogni altra documentazione medica, esiti di esame strumentali utili alla corretta valutazione del sinistro.

La Centrale Operativa, verificato il diritto alla prestazione provvede al relativo riconoscimento, fermi i limiti di indennizzo previsti.

ART. 64 - CORRESPONSIONE DELL'INDENNIZZO PER MALATTIA GRAVE

La denuncia del sinistro deve essere trasmessa a Groupama Assicurazioni per il tramite dell'intermediario che ha in gestione il contratto o direttamente attraverso l'area riservata Groupama o scrivendo ai recapiti previsti.
La denuncia deve essere completa di:

- dichiarazione del medico specialista attestante la malattia grave diagnosticata e lo stato di salute dell'Assicurato;
- copia completa della documentazione sanitaria (Cartella Clinica / accertamenti strumentali / referti istologici, ecc.) a conferma della data di Diagnosi della Malattia Grave sofferta dall'Assicurato che ha causato l'evento;
- documenti necessari a verificare il sussistere delle condizioni che, per ogni patologia ammessa ad indennizzo, debbono essere soddisfatte ai fini del riconoscimento della prestazione (art. 44 ⇨ Malattie gravi).

Ai fini dell'accertamento del diritto alla prestazione Groupama Assicurazioni potrà richiedere ulteriore documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e che siano connesse al medesimo evento e ogni altra documentazione medica, esiti di esame strumentali utili alla corretta valutazione del sinistro.
Accertato il diritto alla prestazione e, quindi, trascorso ove previsto il periodo di osservazione necessario, la Compagnia procede alla liquidazione della prestazione, **a condizione che l'Assicurato sia in vita dopo che siano trascorsi 30 giorni dalla data di accertamento della Malattia Grave**, secondo quanto previsto dagli art. 44 ⇨ Malattie gravi e art. 45 ⇨ Periodo di sopravvivenza per Malattie gravi.

ART. 65 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione ed effettuati gli accertamenti del caso, entro 30 giorni, la Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia, ovvero Groupama Assicurazioni per le prestazioni previste dalla garanzia Malattie gravi, determina l'indennizzo che risulta dovuto all'Assicurato e provvede al pagamento dello stesso.
Entro lo stesso termine, la Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia o Groupama Assicurazioni, comunica anche gli eventuali motivi per cui l'indennizzo non può essere pagato.
In caso di ricorso dell'assistenza Diretta in misura parziale la Società di Gestione dei servizi di Assistenza e sinistri Malattia provvede al rimborso di quanto pagato dall'Assicurato per l'equipe medica non convenzionata, dopo il ricevimento da parte della struttura convenzionata delle fatture relative alla parte convenzionata.
Per le spese sostenute all'estero, l'indennizzo viene corrisposto in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea.

ART. 66 - CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire 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 la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi

impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.
Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

ART. 67 - PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, come previsto dall'art. 2952 del Codice Civile.

NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE ASSISTENZA

ART. 68 – UTILIZZO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA

La gestione delle prestazioni di Assistenza è affidata da Groupama Assicurazioni alla società:

My Assistance S.r.l
Via Montecuccoli 20-21 - 20147 Milano

Per usufruire delle prestazioni indicate all'art. 50 ⇨ Assistenza, il Contraente o l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa - in funzione 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 - ai seguenti recapiti:

numero di telefono: 0039.02.303.500.118

mail: retail.groupama@myassistance.it

fornendo le seguenti informazioni:
- numero di polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede la prestazione.

Il servizio di video/tele consulto può essere attivato anche direttamente per il tramite dalla propria area personale di "Telemedicina" accessibile mediante l'applicazione My Assistance.

Groupama Assicurazioni, lasciando invariati le garanzie e i limiti previsti dal contratto, può affidare il servizio di Assistenza ad altra società di gestione dei servizi di assistenza autorizzata ai termini di legge. In tal caso, la denominazione della nuova società viene prontamente comunicata al Contraente, senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 69 - LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Struttura Organizzativa non potrà in alcun modo essere ritenuta responsabile dei ritardi od impedimenti nell'esecuzione delle proprie prestazioni di Assistenza derivanti da eventi esclusi o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

ART. 70 - DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO

Le prestazioni di Assistenza devono essere richieste direttamente alla Struttura Organizzativa, telefonicamente, nel momento in cui si verifica il sinistro e comunque non oltre 5 giorni dal verificarsi dell'evento che le rende necessarie. La Struttura Organizzativa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

ART. 71 - PRESCRIZIONE

Qualsiasi diritto nei confronti della Struttura Organizzativa e derivante dal contratto, si prescrive nel termine di due anni a decorrere dalla data in cui si verifica l'evento.

NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE TUTELA LEGALE

ART. 72 – SOGGETTI DI RIFERIMENTO PER LA GESTIONE DEI SINISTRI

La gestione dei sinistri della garanzia Tutela Legale è affidata da Groupama Assicurazioni alla società:

ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia

Viale del Commercio n. 59 - 37135 Verona

Groupama Assicurazioni, lasciando invariati le garanzie e i limiti previsti dal contratto, può affidare il servizio di Tutela Legale ad altra società di gestione dei sinistri del ramo Tutela Legale autorizzata ai termini di legge. In tal caso, la denominazione della nuova società viene prontamente comunicata al Contraente, senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 73 - INSORGENZA DEL SINISTRO

Per insorgenza del sinistro si intende **la data in cui si verifica l'evento dannoso inteso**, in base alla natura della vertenza, come:

- il danno o presunto danno extracontrattuale subìto dall'Assicurato;
- la violazione o presunta violazione del contratto;
- la violazione o la presunta violazione della norma di legge.

In presenza di più eventi dannosi della stessa natura, la data di avvenimento del sinistro è **quella in cui si verifica il primo evento dannoso**.

Uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche quando coinvolgono una pluralità di soggetti, sono trattati e considerati come un unico sinistro e la data di avvenimento è quella del primo evento dannoso.

Se più assicurati sono coinvolti in uno stesso sinistro, la garanzia opera con **un unico massimale che viene equamente ripartito tra tutti gli Assicurati** a prescindere dalle somme da ciascuno pagate. Se al momento della definizione del sinistro il massimale per sinistro non è esaurito, il residuo è ripartito in parti uguali tra agli Assicurati che hanno ricevuto solo parzialmente il rimborso delle spese sostenute.

La garanzia assicurativa è prestata per i sinistri che siano insorti durante il periodo di effetto del contratto.

ART. 74 - TERMINI DI DENUNCIA DEL SINISTRO E FORNITURA DEI MEZZI DI PROVA

L'Assicurato rendendosi parte diligente del contratto deve immediatamente denunciare all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza o a Groupama Assicurazioni qualsiasi sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza, e in ogni caso nel rispetto del termine di prescrizione dei diritti derivanti dal presente contratto. La denuncia del sinistro deve pervenire all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza o a Groupama Assicurazioni nel termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione del contratto. Qualora la presente polizza sia emessa senza alcuna interruzione della copertura assicurativa rispetto ad una polizza precedente di Groupama Assicurazioni, il termine di denuncia dei sinistri decorre per tutte le polizze dalla data di scadenza della polizza più recente. L'Assicurato deve informare l'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza o Groupama Assicurazioni

in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro, nonché indicare i mezzi di prova, i documenti, l'eventuale esistenza di altri contratti assicurativi e, su richiesta, metterli a disposizione. In mancanza Groupama Assicurazioni e/o ARAG non potrà essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura o nella gestione del sinistro, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

ART. 75 - GESTIONE DEL SINISTRO, SCELTA DELL'AVVOCATO E PAGAMENTO DELLE SPESE

Ricevuta la denuncia del sinistro ARAG verifica la copertura assicurativa e la fondatezza delle ragioni dell'Assicurato.
La fase stragiudiziale è gestita da ARAG che si attiva per risolvere la vertenza con l'accordo delle parti e si riserva di demandarne la gestione ad un avvocato di propria scelta.
Per valutare la copertura assicurativa della fase giudiziale, comprese eventuali successive impugnazioni, ARAG verifica preventivamente l'idoneità delle prove e argomentazioni che l'assicurato ha l'obbligo di fornire.
Per la fase giudiziale l'assicurato ha il diritto di scegliere un avvocato tra gli iscritti all'Albo; in caso di domiciliazione ARAG indica l'avvocato domiciliatario.
L'incarico all'avvocato o al perito, che operano nell'interesse del proprio cliente, è conferito direttamente dall'Assicurato, pertanto ARAG non è responsabile del loro operato.
Le spese per gli accordi economici tra assicurato e avvocato, per la transazione della vertenza e per l'intervento del perito o del consulente tecnico di parte sono coperte solo se preventivamente autorizzate da ARAG.
ARAG può pagare direttamente i compensi al professionista dopo aver definito l'importo dovuto. Il pagamento avviene in esecuzione del contratto di assicurazione e senza che ARAG assuma alcuna obbligazione diretta verso il professionista.
Se l'assicurato paga direttamente il professionista, ARAG rimborsa quanto anticipato dopo aver ricevuto la documentazione comprovante il pagamento.
Il pagamento delle spese coperte dalla polizza avviene entro il termine di 30 (trenta) giorni previa valutazione in ogni caso della congruità dell'importo richiesto

ART. 76 - LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Groupama Assicurazioni o ARAG non è responsabile dell'operato di Legali e Periti. In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e Groupama Assicurazioni o ARAG, la decisione può venire demandata, con facoltà di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.
In via alternativa è possibile adire l'autorità giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione. L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere il proprio avvocato nel caso di conflitto di interessi con ARAG.
Groupama Assicurazioni avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tali procedure.

ART. 77 - RESTITUZIONE DELLE SPESE ANTICIPATE

L'assicurato è obbligato a restituire le spese che sono state anticipate da ARAG quando ha diritto di recuperarle dalla controparte.

ALLEGATO 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA
- By-pass Aorto-Coronarico
- Pericardiectomia parziale o totale
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Correzione di coartazione aortica
- Correzione totale di anomalie congenite del cuore (ad eccezione della correzione percutanea di FAP)
- Derivazione aorto-polmonare
- Interventi a cuore aperto
- Interventi di sostituzione valvolare (indipendentemente dalla tecnica)
- Interventi per fistole artero-venose del polmone

COLLO
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne (con o senza svuotamento laterocervicale)
- Resezione dell'esofago cervicale

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi, ascessi o per correzione di altre condizioni patologiche endocraniche per via craniotomica
- Emisferectomia, lobectomia
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni meningomidollari
- Interventi di derivazione diretta ed indiretta
- Interventi sull'ipofisi
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Operazioni per encefalocele o encefalo-meningocele
- Ernia del disco per via transtoracica
- Interventi sulla ghiandola pineale
- Interventi sul talamo o sul globo pallido
- Artrodesi cervicale per via anteriore, trattamento di mielopatia cervicale, stenosi cervicale e spondilolistesi
- Laminectomia per tumori intra ex extra midollari
- Trattamento di neoplasie maligne endocraniche o benigne con effetto massa e relata sintomatologia neurologica mediante chirurgia stereotassica

ESOFAGO
- Esofagoplastica
- Interventi sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Interventi sull'esofago per tumori maligni: resezioni parziali basse-alte-totali
- Interventi per fistola esofago-tracheale ed esofago-bronchiale

FACCIA E BOCCA
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare

- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale
- Resezione mascellare superiore per neoplasia
- Resezione mandibola per neoplasia
- Correzione di palatoschisi

FEGATO E VIE BILIARI
- Resezioni epatiche maggiori
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari

GINECOLOGIA
- Vulvectomia allargata
- Isterectomia per via addominale per neoplasia maligna
- Mastectomia radicale
- Debulking con resezione in blocco della pelvi, resezione anteriore del retto, peritonectomia per carcinoma ovarico

CHIRURGIA OCULISTICA
- Intervento per neoplasia del globo oculare

ORTOPEDIA
- Disarticolazione interscapolo-toracica
- Emipelvectomia
- Sostituzione totale di una delle seguenti articolazioni: ginocchio, tibio-tarsica, polso, spalla e gomito
- Rimozione di tumori ossei (maligni) e forme pseudotumorali vertebrali
- Artrodesi vertebrale per via anteriore o per spondilolistesi (con accesso anteriore)
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Artrodesi long di 4 o più metameri vertebrali
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Ricostruzione del pollice in microchirurgia

OTORINOLARINGOIATRIA
- Faringo-laringectomia
- Laringectomia totale
- Asportazione tumori maligni delle cavità nasali e dei seni paranasali
- Exeresi di neurinoma del VIII Nervo cranico
- Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale
- Orecchio: antro-atticotomia, petrosectomia ed exeresi di tumori dell'orecchio medio
- Resezione e plastiche tracheali per neoplasia maligna

PANCREAS E MILZA
- Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
- Duodenocefalopancreasectomia sec. Wipple
- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi per fistole pancreatiche
- Derivazioni pancreato-Wirsung-digestive
- Interventi per tumori endocrini del pancreas

CHIRURGIA PEDIATRICA
- Interventi per atresia dell'ano
- Interventi per atresia congenita dell'esofago
- Cisti e tumori del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpaticoblastoma)
- Fistola congenita dell'esofago

- Magacolon: operazione addomino perineale di Buhalen o Swenson
- Interventi di resezione per mega uretere
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Polmone cistico e policistico (lobectomia e pneumonectomia)
- Correzione di palatoschisi
- Correzione chirurgica del cranio bifido (spina bifida) con meningocele
- Asportazione neuroblastoma addominale o toracico

INTESTINO
- Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
- Emicolectomia sinistra con linfoadenectomia e confezionamento di colostomia.
- Procto-colectomia con confezione di "reservoir"
- Asportazione di tumori retro-peritoneali

RETTO E ANO
- Amputazione del retto per via addomino-perineale (sec. Miles)

STOMACO E DUODENO
- Gastrectomia totale per neoplasia maligna
- Resezione gastro duodenale
- Gastrectomia totale con linfoadenectomia estesa con splenopancreasectomia sinistra associata
- Resezione gastro digiunale per ulcera peptica post-anastomotica

TORACE E CHIRURGIA TORACICA
- Interventi per Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Pneumectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Trattamento chirurgico e ricostruzione plastica per neoplasie maligne della trachea
- Lobectomia per neoplasia maligna indipendentemente dalla tecnica utilizzata
- Toracoplastica totale
- Timectomia per via toracica per neoplasia maligna e con accesso toracotomico

UROLOGIA
- Cistectomia totale
- Intervento per fistola vescico-intestinale
- Nefrectomia allargata per neoplasia maligna
- Nefro-ureterectomia totale
- Prostatectomia radicale per neoplasia maligna
- Surrenectomia
- Uretero-entro-anastomosi
- Orchiectomia allargata con linfoadenectomia addominale e/o retroperitoneale mono e/o bilaterale per neoplasia maligna testicolare

CHIRURGIA VASCOLARE
- Interventi sull'aorta e in grossi vasi arteriosi: aorta, cava, iliaca, carotide, vertebrale, succlavia, anonima
- Interventi su vasi intracranici
- Shunt venoso intraddominale (TIPSS)

TRAPIANTI
- Tutti i trapianti di organo

ALLEGATO 2

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI FORMULA FORFAIT

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

DESCRIZIONE CHIRURGICA	CLASSE
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 transcatetere	III
Angioplastica coronarica singola con o senza applicazione di Stent	III
Angioplastica coronarica multipla 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 elettrocateteri e programmazione elettronica del pace maker (incluso costo del pace maker)	V
Pace maker, impianto temporaneo e relativo espianto (come unico intervento)	III
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 linfoadenectomie associate	V
Mastectomia semplice con eventuale linfoadenectomia	IV
Mastectomia sottocutanea	IV
Noduli e/o cisti benigne, asportazione di	II
Posizionamento punto di repere per noduli non palpabili	I
Quadrantectomia con linfoadenectomie associate	V
Quadrantectomia senza linfoadenectomie associate	IV

CHIRURGIA DELLA MANO

Amputazioni carpali dalla II alla V	II
Amputazione della I filiera carpale	IV
Amputazioni falangee dalla II alla V	II
Amputazione del pollice	IV
Amputazione del I Metacarpo	IV
Amputazioni metacarpali dalla II alla V	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, intervento per	III
Pseudoartrosi dello scafoide carpale, intervento per	III
Retrazioni ischemiche, intervento per	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)	III
Linfoadenectomia sopraclaveare	II
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 linfoadenectomia 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 porta-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 linfoadenectomia ed eventuale colostomia	V
Colectomia totale	V
Colectomia totale con linfoadenectomia	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 linfoadenectomia	V
Emicolectomia sinistra con linfoadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Emorroidi e/o ragadi, criochirurgia (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 linfoadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, con linfoadenectomia inguinale bilaterale	VI
Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfoadenectomia, 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 E MILZA

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 linfoadenectomia	VI
Fistola pancreatica, intervento per	VI
Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni sleniche)	V
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	VI
Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfoadenectomia	VI
Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfoadenectomia)	VI
Pancreatite acuta, interventi conservativi	V
Pancreatite acuta, interventi demolitivi	VI
Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	V
Splenectomia	VI
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	IV
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 (ischiatica, 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.	II
Laparoscopia esplorativa operativa	III
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, asportazone 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 linfoadenedectomia	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, tronculare con piloroplastica	V
Vagotomia superselettiva	V
Interventi per obesità patologica – bendaggio gastrico	III
Sleeve gastrectomy	IV
Posizionamento BIB (BIOENTERYCS INTRAGASTRIC BALOON)	III

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-mandibilare, bilaterale	V
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibilare, 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	III
Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle	III
Formazioni cistiche endoparotidee, 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	VI
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
Neoformazone endossea di grandi dimensioni exeresi di	III
Neoformazone 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	VI
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	V

CHIRURGIA PEDIATRICA

Asportazione tumore di Wilms	VI
Cefaloematoma, aspirazione di	I
Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene) intervento per	VI
Correzione di palatoschis	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, intervento per	IV
Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto, intervento per	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, asportazone 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 sopraclaverare	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 acessi	II
Drenaggio cavità empiematiche	II

Drenaggio pleurico per emo e/o pneumotorace traumatico	II
Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	II
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 per via toracotomica	V
Timectomia per via toracoscopica	III
Toracentesi	I
Toracoplastica, primo tempo	V
Toracoplastica, secondo tempo	III
Toracoscopia diagnostica	II
Toracoscopia operativa	III
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:femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo	V
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	V
Fasciotomia decompressiva	III
Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	I
Legatura e/o sutura di grossi vasi:aorta-cava-iliaca carotide-vertebrale-succlavia-anonima	V
Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omerale-mammaria interna-brachiale-ascellare-glutea-	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
Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale	VI
Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendoarteriectomia e plastica arteria femorale	V
Tromboendoarteriectomia 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
Diatermocoagualzione della portio uterina o vulva	I
Dilatazione del collo e applicazione di tubetto di Petit-Leufour endouterino	I
Eviscerazione pelvica	VI
Fistole uterali, 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 linfoadenectomia	V
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilateraleper 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)	III
Laparotomia esplorativa con linfoadenectomia lombo pelvica selettiva e bioptica	V
Laparotomia per ferite e rotture dell'utero	V
Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta)	I
Linfoadenectomia 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 addominale 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 endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Tumori maligni vaginali con linfoadenectomia, intervento radicale per	V
Tumori maligni vaginali senza linfoadenectomia, intervento radicale per	IV
V.A.B.R.A. a scopo diagnostico	I
Vulvectomia parziale	III
Vulvectomia parziale con linfoadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intrevento di	IV
Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	VI
Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di	IV
Vulvectomia totale	IV

OSTETRICIA

Aborto terapeutico	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	III
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 mieloradicolari varie, interventi di	VI
Corpo estraneo intracranico, asportazione di	VI
Cranioplastica	V
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	V
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	VI
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
Ipofisi, 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 per via craniotomica	VII
Neoplasie endorachidee, asportazione di	V
Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	VI
Neurolisi (come unico intervento)	III

Neuroraffia 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	V
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
Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica (compresa eventuale plastica)	VI
Simpatico cervicale: denervazione del seno carotideo, intevento sul	IV
Simpatico cervicale gangliectomia, intevento sul	IV
Simpatico cervicale: stellectomia, intevento sul	IV
Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intevento sul	IV
Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi splancnici	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 periferici del trigemino e di altri nervi cranici	III
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari	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
Trapianto autologo di cellule staminali limbari	IV
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
Ciclodiatermia perforante	II
Goniotomia	III
Idrocicloretrazione, intervento di	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
Artrolisi: grandi	III
Artrolisi: medie	II
Artrolisi: 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 meniscale, asportazione di	III
Condrectomia	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	V
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	VI
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: ARTRODESI FINO A TRE METAMERI	IV
Osteosintesi vertebrale: ARTRODESI DI 4 O PIU' METAMERI	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
Riempianti di arto o suo segmento	VII
Resezione articolare	IV
Resezione del sacro	V
Riallineamento metetarsale	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	II
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 transmastoidea	VI
Ascesso del condotto, incisione di	I
Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidea	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, ect.	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, TUVP)	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 linfoadenectomia (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 linfoadenectomia 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 bivalve), 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 utetrale	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 linfoadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	VI
Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	VI
Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesciculectomia 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 linfoadenectomia	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 linfoadenectomia 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 linfoadenectomia	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 linfoadenectomia, interventi per	V
Varicocele, intervento per (anche con tecnica microchirurgica)	III

ALLEGATO 3

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE ASSICURATE

La numerosità delle prestazioni indicate è da intendersi per singolo Assicurato e per Anno Assicurativo

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA	NUMEROSITÀ PRESTAZIONI	VINCOLI TECNICI
VISITA E PREVENZIONE				
MA00	Esame Clinico, Visita Odontoiatrica specialistica	**gratuita in Assistenza Diretta (non prevista in caso Assistenza Indiretta - a rimborso)**	1 ogni 12 mesi da eseguire in un'unica soluzione	
MA09	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale + lezione per il mantenimento dell'igiene orale	**€ 45,00**		
MA12	Ionofluorizzazione: Applicazioni topiche oligoelementi	**€ 20,00**		

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA	NUMEROSITÀ PRESTAZIONI	VINCOLI TECNICI
CURE I LIVELLO				
MA00	Esame Clinico, Visita Odontoiatrica specialistica	**gratuita in Assistenza Diretta (non prevista in caso Assistenza Indiretta - a rimborso)**		
MA01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	**€ 22,00**		Se necessaria per prestazioni coperte in Polizza
MA02	RX Endorale per 1 o 2 denti vicini	**€ 22,00**	2 ogni 12 mesi	Se non già compresa nella prestazione
MA03	RX Endorale per ogni elemento aggiuntivo	**€ 17,00**		Se non già compresa nella prestazione
MA13	Otturazione per carie semplice / Cavità di I e V Classe di Black	**€ 40,00**	2 ogni 12 mesi	
MA14	Otturazione per carie profonde / Cavità di II Classe Black due pareti	**€ 70,00**		
MA15	Otturazione per carie profonde / Cavità di III Classe	**€ 70,00**		
MA16	Otturazione per carie profonde / Cavità di IV Classe	**€ 85,00**		
MA17	Otturazione per carie complesse / Cavità di II Classe Black tre pareti	**€ 85,00**		

MA31	Estrazione semplice di dente o radice	**€ 30,00**	2 ogni 12 mesi	
MA32	Estrazione complicata di dente o radice	**€ 45,00**	1 ogni 12 mese	Comprovata da RX
MA33	Estrazione in inclusione ossea parziale	**€ 85,00**		
MA34	Estrazione in inclusione ossea totale	**€ 151,00**		

MA54	Devitalizzazione Monocanalare: Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per un canale	**€ 70,00**	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
MA55	Devitalizzazione Bicanalare: Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per due canali	**€ 110,00**	1 ogni 12 mesi	
MA56	Devitalizzazione Tricanalare: Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per tre canali	**€ 160,00**	1 ogni 12 mesi	
MA57	Medicazioni canalari e sedute per apecificazione	**€ 35,00**	Se necessaria per prestazioni coperte in Polizza	

MA95	Riparazione di fratture nella parte acrilica - cura stomatiti	**€ 40,00**	1 ogni 12 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio

CODICE	TIPO DI PRESTAZIONE	TARIFFA	LIMITI TEMPORALI ALLE PRESTAZIONI	VINCOLI TECNICI
CURE II LIVELLO				
MA00	Esame Clinico, Visita Odontoiatrica specialistica	**sempre gratuita in rete (non prevista in caso di Strutture non Convenzionate - a rimborso)**		
MA103	Ortopantomografia (2 arcate)	**€ 45,00**	2 ogni 12 mesi	

MA36	Apicectomia con lembo	**€ 160,00**	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
MA37	Rizotomia - Divisione ed asportazione di una radice	**€ 110,00**	2 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
MA39	Frenulectomia - Modificazione profonda frenuli / frenulectomia	**€ 140,00**	3 ogni 12 mesi	Comprovata da Rx o foto digitale endorale
MA41	Asportazione escrescenze gengivali / Asportazione epulidi con resezione bordo con lembo	**€ 185,00**		
MA35	Scappucciamento osteomucoso dente incluso	**€ 50,00**		
MA44	Preparazione arcate pre protesi: Livellamento creste alveolari	**€ 105,00**		
MA47	Asportazioni cisti mascellari	**€ 400,00**		

MA28	Molaggio selettivo comprensivo di modelli e studio articolare completo	**€ 280,00**	1 sola volta	

MA30	Apparecchio in resina semovibile / placca svincolo	**€ 275,00**	1 ogni 24 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio

CODICE	TIPO DI PRESTAZIONE	TARIFFA	LIMITI TEMPORALI ALLE PRESTAZIONI	VINCOLI TECNICI
CURE III LIVELLO				
MA20	Gengivectomia per 4 denti	**€ 145,00**	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX o foto digitale endorale
MA21	Lembo gengivale per 4 denti	**€ 245,00**		
MA22	Lembo muco gengivale per 4 denti	**€ 315,00**		
MA23	Chirurgia ossea resettiva con lembo di accesso	**€ 415,00**	1 ogni 5 anni	Comprovata da foto digitale endorale

MA24	Innesto autogeno singolo incluso lembo	**€ 440,00**	1 sola volta per arcata	
MA25	Innesto autogeno multiplo incluso lembo	**€ 485,00**		
MA26	Innesto materiale biocompatibile singolo incluso lembo	**€ 520,00**	1 sola volta per arcata	
MA27	Innesto materiale biocompatibile multiplo incluso lembo	**€ 570,00**		

MA78	Intarsio occlusale lega preziosa	**€ 205,00**	2 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	
MA79	Intarsio od - om in lega preziosa	**€ 275,00**		
MA80	Intarsio mod in lega preziosa	**€ 275,00**		
MA81	Onlay in lega non preziosa	**€ 275,00**		
MA82	Onlay in lega preziosa	**€ 370,00**		
MA83	Onlay in ceramica vetrosa	**€ 370,00**		

MA115	Vite a moncone fisso osteointegrabile	**€ 570,00**	1 ogni 12 mesi non più ripetibile sullo stesso elemento	Dental scan pre-impianto ed RX post-impianto.
MA116	Impianto a vite metallo biotollerabile	**€ 540,00**		
MA117	Impianto a lama a moncone fisso	**€ 490,00**		
MA118	Impianto a lama a moncone mobile	**€ 540,00**		
MA119	Moncone pilastro	**€ 170,00**	1 ogni 12 mesi non più ripetibile sullo stesso elemento	

MA60	Corona fusa in lega preziosa e resina	**€ 345,00**	2 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
MA61	Corona in ceramica - lega preziosa	**€ 520,00**	2 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	
MA72	Corona provvisoria giacca in resina	**€ 35,00**	2 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	
MA74	Corona provvisoria in resina con cappa lega preziosa	**€ 80,00**	1 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	
MA75	Perno moncone lega preziosa fuso (struttura inserita nella radice per ricreare il moncone dentario su cui applicare la protesi)	**€ 185,00**	2 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	

MA88	Protesi mobile parziale un elemento + ganci	**€ 55,00**	1 ogni 12 mesi non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
MA89	Elemento aggiuntivo	**€ 36,00**	1 ogni 5 anni solo correlata al codice MA88	
MA91	Scheletrato per struttura (Protesi mobile con struttura in lega metallica)	**€ 520,00**	1 ogni 5 anni	
MA92	Per elemento applicato	**€ 60,00**	1 ogni 5 anni solo correlata al codice MA91	
MA93	Dentiera: Protesi mobile totale per arcata - denti in resina	**€ 685,00**	1 ogni 5 anni	
MA94	Rimodellamento della protesi per adesione arcate	**€ 145,00**	1 ogni 5 anni	

ALLEGATO 4

SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA PER CURE DI III LIVELLO

Scheda Anamnestica Odontoiatrica per Cure di III Livello

La presente scheda deve essere compilata e sottoscritta dal medico odontoiatra al fine di richiedere preventiva copertura diretta per le Cure di III livello. La scheda va inviata a **My Assistance** tramite

Email retail.groupama@myassistance.it **–** per informazioni **800.303.007**

CONTRAENTE_____ **POLIZZA N°** _____
Cognome e nome

ASSICURATO ☐ Coniuge/Convivente ☐ Figlio ☐ Altro Persona cui si riferiscono le spese

Indirizzo ove ricevere comunicazioni Via/C.so _____ Num. Civ_____
Unicamente domicilio o residenza

CAP_____ Località_____ Prov.____ Recapito telefonico _____

Questionario Odontoiatrico

Stato Attuale, Odontogramma

Da compilare a cura del medico odontoiatra.

Nelle caselle corrispondenti a ciascun elemento dentario dovranno essere indicati i codici delle prestazioni del nomenclatore tariffario odontoiatrico riportato nelle pagine seguenti.

18	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
48	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**

Unire i denti interessati da un ponte ed evidenziare i denti pilastro
Stato usura manufatti: Nullo (0) Medio (1) Avanzato (2)

Note

_____

_____

Luogo _____ Data _____

Riconosco che la compilazione della Scheda Anamnestica è stata eseguita dal medico odontoiatra dopo l'esame obiettivo dello stato di salute della mia bocca.
Dichiaro che le informazioni contenute in questo documento sono veritiere.

FIRMA DELL'ASSICURATO

(o di chi ne esercita la potestà)

_____

Dichiaro che la compilazione di questa Scheda Anamnestica è avvenuta dopo l'esame obiettivo della bocca del paziente assicurato come riportato nell'apposito riquadro.
Dichiaro che le informazioni contenute in questo documento sono veritiere.

TIMBRO E FIRMA MEDICO ODONTOIATRA

_____

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente My Assistance, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data_____ **Firma dell'assicurato** (o di chi ne esercita la potestà) _____

Groupama Assicurazioni

My Assistance

Piano di Trattamento

Da compilare a cura del medico odontoiatra con i codici presenti nel nomenclatore.

18	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
48	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**

Note

_____

_____

Luogo Data

TIMBRO E FIRMA MEDICO ODONTOIATRA

_____

Nomenclatore

Codice	Tipo di prestazione
MA20	Gengivectomia per 4 denti
MA21	Lembo gengivale per 4 denti
MA22	Lembo muco gengivale per 4 denti
MA23	Chirurgia ossea resettiva con lembo di accesso

MA24	Innesto autogeno singolo incluso lembo
MA25	Innesto autogeno multiplo incluso lembo
MA26	Innesto materiale biocompatibile singolo incluso lembo
MA27	Innesto materiale biocompatibile multiplo incluso lembo

MA78	Intarsio occlusale lega preziosa
MA79	Intarsio od - om in lega preziosa
MA80	Intarsio mod in lega preziosa
MA81	Onlay in lega non preziosa
MA82	Onlay in lega preziosa
MA83	Onlay in ceramica vetrosa

MA115	Vite a moncone fisso osteointegrabile
MA116	Impianto a vite metallo biotollerabile
MA117	Impianto a lama a moncone fisso
MA118	Impianto a lama a moncone mobile
MA119	Moncone pilastro

MA60	Corona fusa in lega preziosa e resina
MA61	Corona in ceramica - lega preziosa
MA72	Corona provvisoria giacca in resina
MA74	Corona provvisoria in resina con cappa lega preziosa
MA75	Perno moncone lega preziosa fuso (struttura inserita nella radice per ricreare il moncone dentario su cui applicare la protesi)

MA88	Protesi mobile parziale un elemento + ganci
MA89	Elemento aggiuntivo
MA91	Scheletrato per struttura (Protesi mobile con struttura in lega metallica)
MA92	Per elemento applicato
MA93	Dentiera: Protesi mobile totale per arcata - denti in resina
MA94	Rimodellamento della protesi per adesione arcate

Groupama Assicurazioni S.p.A.
Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 492.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 e codice IVASS A095S - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

Groupama
Assicurazioni