

FASCICOLO INFORMATIVO

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA PERSONA

MULTIRISCHI SALUTE

Prestazioni assicurate da:



Società Cattolica di Assicurazione
Società Cooperativa

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione deve essere consegnato al Contraente e all'Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA

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

Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, Capogruppo del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00320160237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 9962, Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378, Albo Imprese presso ISVAP n. 1.00012;
- b) Sede Legale e Direzione Generale: Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona, Italia;
- c) Telefono: 045.8391111; sito Internet: www.cattolica.it, cattolica@cattolicaassicurazioni.it;
- d) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: art. 65 R.D.L. 29/4/1923 N° 966;
- e) Società di revisione: Reconta Ernst & Young S.p.A., Sede legale: Via G.D. Romagnosi, 18/A – 00196 Roma.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2009 ammonta a 1.265 milioni di euro, di cui 1.140 milioni di euro sono relativi al capitale sociale e al totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, al 31 dicembre 2009 risulta pari al 512%.

3. Conflitto di interessi

La Società si impegna ad evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Società stessa ha direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di Gruppo o rapporti di affari propri o di altre Società del Gruppo.

In ogni caso la Società, pur in presenza di situazioni di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio al Contraente e si impegna ad ottenere per il Contraente il miglior risultato possibile.”

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La polizza ha durata annuale con tacito rinnovo, come indicato nell'art. 12 delle CGA.

AVVERTENZA - Termini e modalità di Disdetta

La disdetta della Copertura assicurativa deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r, e spedita almeno 60 giorni prima della data di scadenza annuale come previsto dall'Art. 12 delle CGA.

4. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

4.1 Coperture assicurative offerte

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Polizza, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli specifici articoli delle Condizioni di Assicurazione, a corrispondere un Indennizzo in caso di Infortunio dell'Assicurato che abbia come conseguenza diretta uno dei seguenti eventi :

- Morte da Infortunio
- Invalidità Permanente da Infortunio

L'Assicurazione inoltre offre una garanzia:

- Diaria da Ricovero da Infortunio
- Grandi Interventi Chirurgici

compresi nel pacchetto scelto nell'Allegato 1 alla presente Polizza.

4.2 AVVERTENZA - Limitazioni ed Esclusioni

Per conoscere le Limitazioni ed Esclusioni di cui alla persente polizza si fa riferimento agli specifici articoli sotto riportati:

- Art. 17 delle CGA: Infortuni
- Art. 24 delle CGA: Grandi Interventi Chirurgici
- Art. 27 delle CGA: diaria da ricovero

4.3 AVVERTENZA – Franchigie, Scoperti, Massimale

Per conoscere le Franchigie, Scoperti, Massimale di cui alla persente polizza si fa riferimento agli specifici articoli sotto riportati:

Franchigie

- Art. 25 delle CGA: Diaria da Ricovero

Scoperti

- Art. 24 delle CGA: Grandi Interventi Chirurgici

Massimali

- Come da rispettivi pacchetti di cui all'Allegato 1

4.4 AVVERTENZA – Età Assicurabile

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 anni.

Qualora si raggiunga l'80esimo anno di età nel corso di un periodo annuale di assicurazione, la copertura resterà pienamente operante fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso per poi cessare.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

5.1 AVVERTENZA - Dichiarazioni false o reticenti:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c..

5.2 AVVERTENZA - Cause di nullità e/o cessazione delle garanzie:

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcoolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

Qualora si raggiunga l'80esimo anno di età nel corso di un periodo annuale di assicurazione, la copertura resterà pienamente operante fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso per poi cessare (art. 5 delle CGA)

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio in modo tale che, se il diverso stato di cose fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società non avrebbe stipulato il contratto o lo avrebbe stipulato a diverse condizioni di premio.

Gli aggravamenti o le diminuzioni di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nei casi e con le modalità previsti dall'art.1898 cod. civ..

7. Premio

Il premio assicurativo è annuale e stabilito in un importo fisso a seconda del pacchetto di garanzie scelto come da Allegato 1

7.2 Mezzi di Pagamento

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato

- Il pagamento del premio avviene tramite RID sul conto corrente dell'Assicurato

8. AVVERTENZA - Rivalse:

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio – Art. 9 delle CGA

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivati dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

10. Legge applicabile al contratto

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

11. Regime fiscale

I premi relativi sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere comunicata all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro 30 giorni dall'infortunio o dal momento nel quale l'Assicurato, od i suoi aventi diritto, ne abbiano avuto la possibilità.

Indirizzo a cui inviare la documentazione:

**Ascot agenzia – Ufficio Sinistri
via Segantini 5 - 38100 Trento**

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, debbono consentire le indagini e gli accertamenti necessari.

Per gli aspetti di dettaglio inerenti alla liquidazione dei sinistri si rimanda agli artt. 28, 29, 30, 31, 32, 33 delle CGA

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Società Cattolica di Assicurazione Soc. Coop.
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: 045.83.72.354
E-mail: reclami@cattolicaassicurazioni.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06-4213331, telefax 06-42133206, correlando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo all'ISVAP deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito Internet:

http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm)

Si ricorda che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

14. AVVERTENZA - Arbitrato

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente, si rimanda all'art. 33 delle CGA

Società Cattolica di Assicurazioni Soc. Coop. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale
(Dott. Paolo Bedoni)



GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Assicurazione	il contratto di assicurazione;
Polizza	il documento che prova l'assicurazione;
Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Contraente	il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio;
Intermediario Collocatore:	Le Banche di Credito Cooperativo.
Intermediario Gestore:	Ascot agenzia – via Segantini 5 - 38100 Trento
Società	Società Cattolica di Assicurazione Soc. Coop.;
Premio	la prestazione in denaro dovuta dal Contraente alla Società;
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

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

Infortunio	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Istituto di cura	Istituto universitario, Ospedale, Casa di cura, Day Hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche e fitoterapiche, nonché del benessere psicofisico della persona in senso lato, le case di cura per convalescenza o lungo degenza o per soggiorni, le strutture per anziani.
Ricovero	Permanenza in istituto di cura con pernottamento.
Intervento di alta chirurgia Massimale	Gli interventi chirurgici elencati nell'allegato n.2 La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta la garanzia.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART.1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART.2 – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 c.c.). i premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

ART.3 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART.4 - IDENTIFICAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

La Società esonera l'Istituto Contraente dall'obbligo di denunciare le generalità degli Assicurati.

La Società non richiederà alcuna ulteriore identificazione per i sinistri occorsi a persone titolari di libretti di deposito al risparmio al portatore il cui nome e cognome sia riportato sul libretto stesso. In caso di libretto riportante denominazione di fantasia o senza alcuna identificazione, affinché l'assicurazione sia operante, dovrà essere designato un assicurato e, volendo, anche un beneficiario diverso dagli eredi legittimi. Tale designazione verrà conservata con assoluta riservatezza dall'Istituto Contraente, al quale non verrà richiesto alcun altro obbligo da parte della Società. In mancanza di tale designazione non si procederà alla corresponsione di alcun indennizzo. In caso di cessione del libretto, la copertura assicurativa rimarrà a favore del precedente possessore sino alla data in cui il nuovo possessore non esibisca il libretto stesso all'Istituto per subentrare nell'assicurazione.

ART.5 – PERSONE NON ASSICURABILI

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcoolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

Non sono altresì assicurabili le persone di età superiore agli 80 anni, per le persone che raggiungano la predetta età in corso di garanzia la stessa cesserà alla prima scadenza annuale di Polizza.

ART.6 – ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la validità delle garanzie fornite dalla Società a favore degli Assicurati non è infirmata dalla contemporanea esistenza di altre assicurazioni contro gli infortuni con la sottoscritta Società o con altre.

ART.7 – ESONERO DALL’OBBLIGO DI DENUNCIARE INFERMITA’,DIFETTI FISICI O MUTILAZIONI

Il Contraente è esonerato dall’obbligo di denunciare le eventuali condizioni anormali di salute e le minorazioni fisiche delle quali gli assicurati risultassero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito sopravvenire. Viene tuttavia confermato che nel caso di infortunio sofferto da persona affetta da difetti fisici, o mutilazioni, o condizioni anormali di salute, l’indennità per invalidità permanente verrà liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall’infortunio come se avesse colpito una persona fisicamente integra.

ART. 8 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento dell’indennizzo, le Parti possono recedere dal contratto con preavviso di 90 giorni.

In tal caso la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa, al netto delle imposte, la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

ART. 9 – DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell’Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all’art. 1916 C.C. versi i terzi responsabili dell’infortunio.

ART. 10 – VERIFICHE

La società ha diritto di effettuare in qualsiasi momento le verifiche e i controlli, presso il Contraente/ Assicurato il quali è tenuto a fornire la documentazione e i chiarimenti necessari.

ART. 11 – LIMITI TERRITORIALI

L’Assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 12 – PROROGA DELL’ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata, spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l’assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

ART. 13 ONERI FISCALI

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

ART. 14 – FORO COMPETENTE

Foro competente deve intendersi quello stabilito dalle disposizioni di legge.

ART. 15 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 16 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società in base alle condizioni tutte della presente polizza, assicura contro gli infortuni professionali ed extra professionali le seguenti persone (Clienti) residenti o non in Italia:

- Le persone fisiche titolari di conto corrente ordinario
- Persone fisiche titolari di gestioni patrimoniali
- Persone fisiche "Socie" della Cassa Rurale e titolari di conto corrente ordinario.
- Persone fisiche che siano titolari di ditte individuali o di società di fatto a nome delle quali siano intestati i rapporti di cui sopra.

Si precisa che il Cliente intestatario di più conti correnti deve intendersi assicurato una sola volta.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) L'asfissia non di origine morbosa;
- b) Gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) L'annegamento;
- d) L'assideramento o il congelamento;
- e) I colpi di sole o di calore;
- f) La folgorazione;
- g) Le lesioni determinate da sforzi, con esclusione: degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee, dei tendini e dei fasci carnosì dei muscoli scheletrici;
- h) Gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza;
- i) Gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- j) Gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, vandalismo, attentati, rapine, aggressioni, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- k) Le affezioni conseguenti a morsi di animali, a punture di insetti o aracnidi, escluse, per queste ultime, quelle di cui gli insetti siano portatori necessari;
- l) Gli infortuni subiti in stato di ubriachezza, esclusi quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione.

ART. 17 – RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni causati:

- 1) Dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizione non di regolarità pura e nella relative prove;
- 2) Dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 3) Dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani e ultraleggeri), salvo quanto disposto al successivo art. 12;
- 4) Dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci alpinismo, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere. E' consentito l'accesso ai ghiacciai purché accompagnati da Guida Alpina autorizzata;
- 5) Dalla partecipazione a competizioni – o relative prove – ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- 6) Da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;

- 7) Da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 8) Da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 9) Da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- 10) Da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

I rischi di cui ai numeri 1-4-5 sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale principale o secondaria.

ART. 18 – INVALIDITA' PERMANENTE

La Compagnia procederà all'indennizzo nella misura del massimale assicurato in caso di invalidità permanente di grado uguale o superiore al 44%.

ART. 19 – PERSONE NON ASSICURABILI – CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Ad integrazione dell'art. 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione la garanzia non è operante anche per i titolari di rapporti affetti da invalidità permanente pari o superiore al 44% valutata con riferimento ad un soggetto di integrità fisica e di salute normale.

ART. 20 – RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che :

- da Società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da Aeroclubs.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La somma dei capitali garantiti, sia con questa polizza sia con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente con la Società, non potrà superare, complessivamente per aeromobile, l'importo di:

- € 3.000.000,00 in caso di morte
- € 3.000.000,00 in caso di Invalidità permanente.

In caso di incidente aereo che colpisca più Assicurati, qualora i capitali garantiti eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con imputazione proporzionale sui singoli contratti.

ART. 21 – MORTE

L'indennizzo per il caso morte è dovuto se la morte stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore- e quello per invalidità permanente.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso la Società liquiderà i beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 C.C. Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'Indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto per l'invalidità permanente eventualmente subita, se in misura superiore al 44% della totale.

Art. 22 – INVALIDITA' PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Il grado di invalidità andrà accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati.

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

Tabella

ANIA

	Destro	Sinistro
● un arto superiore	70%	60%
● una mano o un avambraccio	60%	50%
● un pollice	18%	16%
● un indice	14%	12%
● un medio	8%	6%
● un anulare	8%	6%
● un mignolo	12%	10%
● una falange ungueale del pollice	9%	8%
● una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
● Anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
● Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono supinazione libera	20%	15%
● Anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono supinazione libera	10%	8%
● Paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
● Paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
● Amputazione di un arto inferiore:		
● Al di sopra della metà della coscia		70%
● Al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio		60%
● Al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio della gamba		50%
● Un piede		40%
● Ambedue i piedi		100%
● Un alluce		5%
● Un altro dito del piede		1%
● Una falange ungueale dell'alluce		2,5%
● Anchilosi dell'anca in posizione favorevole		35%
● Anchilosi del ginocchio in estensione		25%
● Anchilosi tibio tarsica ad angolo retto con anchilosi sotto astragalica		15%
● Paralisi completa dello sciatico popliteo esterno		15%
● Un occhio		25%
● Ambedue gli occhi		100%

● Sordità completa di un orecchio		10%
● Sordità completa di ambedue gli orecchi		40%
● Stenosi nasale assoluta monolaterale		4%
● Stenosi nasale assoluta bilaterale		10%
● Esiti di frattura scomposta in una costa		1%
Esiti di frattura amlelica somatica con deformazione a cuneo di:		
●Una vertebra cervicale		12%
●Una vertebra dorsale		5%
●12a dorsale		10%
●Una vertebra lombare		10%
●Esiti di frattura di un metamero sacrale		3%
●Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme		5%
● Postumi di trauma discorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo		2%
● Perdita anatomica di un rene		15%
● Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%

Per la valutazione delle menomazioni visive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione dei presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per lato sinistro e viceversa.

In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi o ad arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

CONDIZIONI PARTICOLARI INFORTUNI

ART. 23 – DIARIA RICOVERO DA INFORTUNIO

La società presta una diaria da ricovero a seguito di infortunio esclusivamente per i Correntisti della Cassa Rurale, alle seguenti condizioni:

- € 25,00 = per un massimo indennizzo di 60 giorni per evento/annualità assicurativa se il ricovero avviene in Italia;
- € 50,00 = per un massimo indennizzo di 60 giorni per evento/annualità assicurativa se il ricovero avviene all'Estero;
- Non viene applicata alcuna franchigia;
- La diaria da ricovero viene prestata indipendentemente dal fatto che ci sia il riconoscimento di postumi invalidanti e del relativo grado accertato o presunto;

- Il rimborso viene effettuato su presentazione da parte dell'Assicurato o di chi per esso, dei documenti giustificativi in originale.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI"
--

ART. 24 – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Limitazione dell'Assicurazione Rimborso spese di cura da Ricovero solo "Grandi Interventi"

La società rimborsa fino ad una concorrenza massima di € 50.000,00 = per evento e per anno assicurativo, esclusivamente le spese di ricovero reso necessario da malattia e/o da infortunio che comporti l'esigenza di un "Grande Intervento" come da allegato elenco che forma parte integrante del presente contratto.

La Società rimborsa esclusivamente:

nei casi di:

- Ricovero, reso necessario da malattia e/o infortunio:
 1. Le spese per: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
 2. Nel caso di trapianto di organi o parte di essi, conseguente a malattia e/o infortunio, le spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore.

Nel caso di donazione da vivente sono comprese le spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore a titolo a titolo di intervento chirurgico, accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, cure e rette di degenza;

- 3) Le spese relative al periodo di ricovero, per assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi ed esami;
- 4) Le spese per rette di degenza
- 5) Sono comprese le spese di trasporto dell'accompagnatore sostenute quando viaggia insieme con l'Assicurato. Il tutto fino a concorrenza del 10% del massimale assicurato.

Rimborso spese accompagnatore

Oltre alle prestazioni di cui sopra sono comprese nella garanzia le spese sostenute per le rette del vitto e pernottamento dell'accompagnatore in albergo, per un periodo non superiore a 60 giorni per evento e con il limite giornaliero di € 50,00.

Scoperto

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la garanzia varrà per le eventuali spese sostenute in eccedenza rimaste a carico dell'Assicurato senza applicazione di alcuna detrazione.

Qualora invece l'Assicurato non si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese del medesimo sostenute verranno rimborsate con detrazione del 20%.

Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- a) Le conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;

- b) L'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- c) Le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi comportamenti nevrotici;
- d) Le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni
- e) Le prestazioni aventi finalità estetiche
- f) Le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle paradontopatie
- g) L'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici,
- h) Le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.)
- i) Le conseguenze di guerra anche non dichiarata, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche
- j) L'acquisto dei medicinali e dei farmaci in genere

Decorrenza della garanzia – termini aspettativa

La garanzia decorre:

- Per le malattie dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione
- Per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto dal 180° giorno successivo
- Per l'aborto, il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante – con il termine aspettativa di 30 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- Dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima previsti
- Dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esse previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DIARIA DA RICOVERO
--

Art.25 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE – INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO

In caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di Cura per qualsiasi causa, la società corrisponde a partire dal giorno successivo al ricovero, una indennità giornaliera in conformità dell'opzione "PACCHETTO" prescelto.

L'indennizzo verrà corrisposto con applicazione di una franchigia fissa per ciascun evento di 3 notti, e per una massimo di 50 giorni per anno assicurativo.

Art.26 – DECORRENZA DELLA GARANZIA – TERMINI DI ASPETTATIVA

- Fermo quanto previsto dall'Art.2 – delle Norme Generali – la garanzia è valida dalle ore 24;
 - Per i nuovi Clienti, entrati successivamente al 31/12/2008, la garanzia è valida dalle ore 24;
 - dal 30° giorno successivo a quello di apertura del conto per le malattie;
 - dal 270° giorno successivo e quello di apertura del conto per il parto;
- e comunque non prima delle ore 24 del giorno in cui il premio è stato corrisposto.

Art.27 – ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- L'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto
- Gli infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni od atti violenti, che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- L'aborto volontario NON terapeutico;
- Le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- Gli infortuni sofferti in conseguenza della partecipazione a gare professionistiche;
- Le cure dentarie e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio;
- Trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche nonché da contaminazioni radioattive;
- Le conseguenze derivanti da guerre o insurrezioni;
- Terremoto, alluvioni, eruzioni vulcaniche, ed altri eventi catastrofici.

Non sono inoltre assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da etilismo, tossicodipendenza e AIDS – salvo i casi, riguardo quest'ultima patologia, in cui l'Assicurato dimostri che la malattia è stata contratta a seguito di trasfusione di sangue effettuate in Istituti di Cura o nel corso di degenza negli stessi – al cui manifestarsi, l'assicurazione cessa comunque.

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA DEI SINISTRI E LE MODALITA' DI PAGAMENTO E RIMBORSO
--

ART. 28 – CRITERI DI LIQUIDAZIONE/PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Si conviene di comune accordo fra le parti, che le quietanze di risarcimento verranno inviate, con il relativo importo ed entro il termine di 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione necessaria per la quantificazione dell'indennizzo, direttamente :

- a) sul conto dell'Assicurato, il quale provvederà restituire alla società la quietanza di risarcimento debitamente sottoscritta dall'Assicurato (e/o che per esso) sollevando con ciò la Società da eventuali ulteriori reclami.

ART. 29 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Il pagamento dell'indennizzo sarà effettuato in base al massimale relativo l'opzione "PACCHETTO" scelta dall'Assicurato cliente della Cassa Rurale che ha aderito alla presente convenzione.

Il termine massimo per il pagamento dell'indennizzo dovuto viene fissato in 30 gg. dalla presentazione da parte dell'Assicurato della documentazione necessaria alla definizione del sinistro stesso, quale:

- denuncia dell'infortunio con indicazione della causa e modalità di accadimento dello stesso;
- certificato di morte;
- sostituto atto notorio per la designazione degli eredi; nel caso in cui il beneficiario sia un minorenne il decreto del giudice titolare
- documentazione medica in originale per la garanzia "Grandi Interventi Chirurgici"
- documentazione medica comprovante il ricovero ed il periodo di degenza ed a esplicita richiesta della Società:
 - copia della cartella clinica, in caso di ricovero in Enti Ospedalieri seguito o no da decesso;

- copia del verbale delle Autorità intervenute.

In caso di controversia, fermo quanto previsto dall'art. 35 che segue, il termine massimo per il pagamento del sinistro decorrerà dal giorno di risoluzione della controversia stessa.

ART. 30 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia del sinistro con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere comunicata all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro 30 giorni dall'infortunio o dal momento nel quale l'Assicurato, od i suoi aventi diritto, ne abbiano avuto la possibilità.

Indirizzo a cui inviare la documentazione:

Ascot agenzia – Ufficio Sinistri
via Segantini 5 - 38100 Trento

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, debbono consentire le indagini e gli accertamenti necessari.

ART. 31 – CRITERI DI INDENNIZZABILITA' DA INFORTUNIO

La Società corrisponde l'indennizzo per conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 19 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 32 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dal contratto con preavviso di 90 giorni.

In tal caso la Società entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa, al netto delle imposte, la parte di premio relativo al periodo di rischio non corso.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

ART.- 33 – CONTROVERSIE

Le divergenze sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 19, sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune di residenza dell'assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per 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 vincolati per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono

vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

CONDIZIONI SPECIALI

1. Qualora il medesimo infortunio provochi contemporaneamente la morte dell'assicurato e del proprio coniuge non separato o del convivente "more uxorio" e ove i figli – sempreché minorenni e conviventi – risultino i soli ed unici beneficiari dell'assicurazione, la Società si obbliga a raddoppiare la somma spettante per il caso morte, fermi restando gli importi massimi di indennizzo convenuti all'art. 2 delle Condizioni Particolari di Assicurazione.
2. Si conviene che per gli intestatari dei vari conti o libretti di deposito a risparmio, aventi età inferiore ai 14 anni l'assicurazione è prestata per il caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 25% . Al compimento del quattordicesimo anno di età l'assicurazione di cui sopra sarà convertita nella normale assicurazione come per tutti gli altri intestatari dei rapporti assicurati.
3. Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'articolo 1891 C.C.

Allegato 1

PACCHETTI ASSICURATIVI AGGIUNTIVI - BASE

GARANZIE	PACCHETT O A	PACCHETT O B	PACCHETT O C	PACCHETT O D	PACCHETT O E	PACCHETT O F	PACCHETT O H
MORTE DA INFORTUNIO	€ 20.000,00	€ 30.000,00	€ 40.000,00	€ 50.000,00	€ 75.000,00	€ 95.000,00	€ 145.000,00
INV. PERMANENT E DA INFORTUNIO	€ 20.000,00	€ 30.000,00	€ 40.000,00	€ 50.000,00	€ 75.000,00	€ 95.000,00	€ 145.000,00
DIARIA RICOVERO DA INFORTUNIO	€ 25,00 Esteri € 50,00	€ 25,00 Esteri € 50,00	€ 25,00 Esteri € 50,00	€ 25,00 Esteri € 50,00	€ 25,00 Esteri € 50,00	€ 25,00 Esteri € 50,00	€ 25,00 Esteri € 50,00
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	ESCLUSO	ESCLUSO	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 50.000,00
COSTO ANNUO	€ 40,00	€ 45,00	€ 50,00	€ 60,00	€ 90,00	€ 120,00	€ 180,00

**PACCHETTI ASSICURATIVI AGGIUNTIVI –
SOCI E TITOLARI DI GESTIONI PATRIMONIALI - PLUS**

GARANZIE	PACCHETT O AR	PACCHETT O BR	PACCHETT O CR	PACCHETT O DR	PACCHETT O ER	PACCHETT O FR	PACCHETT O HR
MORTE DA INFORTUNIO	€ 20.000,00	€ 30.000,00	€ 40.000,00	€ 50.000,00	€ 75.000,00	€ 90.000,00	€ 140.000,00
INV. PERMANENT E DA INFORTUNIO	€ 20.000,00	€ 30.000,00	€ 40.000,00	€ 50.000,00	€ 75.000,00	€ 95.000,00	€ 140.000,00
DIARIA RICOVERO INFORTUNIO E/O MALATTIA	€ 2,50	€ 5,00	€ 7,50	€ 10,00	€ 12,50	€ 15,00	€ 15,00
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	ESCLUSO	ESCLUSO	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 50.000,00
COSTO ANNUO	€ 55,00	€ 70,00	€ 80,00	€ 90,00	€ 110,00	€ 130,00	€ 190,00

**PACCHETTO AGGIUNTIVO – CORRENTISTI –
SOCI E TITOLARI DI GESTIONI PATRIMONIALI - DIARIA**

GARANZIE	PACCHETTO MA	PACCHETTO MB	PACCHETTO MC	PACCHETTO MD	PACCHETTO ME	PACCHETTO MF
----------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

DIARIA RICOVERO INFORTUNIO E/O MALATTIA	€ 10,00	€ 15,00	€ 20,00	€ 30,00	€ 40,00	€ 50,00
COSTO ANNUO	€ 28,00	€ 40,00	€ 48,00	€ 65,00	€ 80,00	€ 95,00

Allegato n. 2 che forma parte integrante della polizza

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciali con svuotamento orbitario
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Resezioni polmonari segmentarie e lobectomia
- Pneumotomia polmonare
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali – cutanee
- Pericardiectomia totale
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei nel cuore
- Interventi per malformazioni congenite del cuore e dei grossi vasi endotoracici
- Commisurato mia per stenosi mitralica
- Legatura e resezione del dotto di Botallo
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare
- Operazioni nell'esofagite, nell'ulcera esofagea o nell'ulcera peptica post-operatoria
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne
- Operazioni sull'esofago per tumori: resezioni totali e parziali base ed alte
- Esofago plastica
- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Colectomia totale
- Amputazione del retto per via addomino-perineale in uno o più tempi
- Resezione epatica
- Epatico o coledoctomia
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo cisti pancreatiche (enucleazione della ciste e marsupializzazione)
- Interventi per fistole per pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas (totale, della testa o della coda)
- Splenectomia
- Anastomosi porto-cava e spleno renale
- Asportazioni di neoplasie endocraniche, o di aneurismi o per correzioni di altre condizioni patologiche
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Interventi per deviazioni liquorale diretta e indiretta
- Operazioni per encefalo-meningocele
- Lobectomia ed altri interventi di psicochirurgia
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari

- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanici
- Surrenalectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale
- Interventi su aneurismi su vari arteriosi: arteria carotide, vertebrale, succlavia, tronco branchiocefalico ed iliaca
- Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale
- Cranio bifido con meningocele meningocefalocele
- Idrocefalo ipersecrettivo
- Polmone cistico o policistico (lobectomia e pneumonectomia pediatrica)
- Cisti e tumori tipici del bambino (simpatoblastoma)
- Atresia congenita
- Fistola congenita dell'esofago
- Torace ad imbuto e torace carenato
- Ileo meconiale: resezione con anastomi primitiva
- Atresia dell'ano semplice abbassamento addomino-perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale
- Megauretere: resezione con reimpianto e resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Megacolon: operazione addomino-perineale di Duhamel o Jwenson
- Disarticolazione interscapolo-toracica
- Ernipelvectomia
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefro-ureterectomia totale
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
- Panisterectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
- Panisterectomia radicale per via addominale per tumori maligni
- Intervento sull'ipofisi per via trans sfenoidale
- Laringectomia totale
- Faringolaringectomia