

CATTOLICA&SALUTE

TUTTASALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Le presenti Condizioni di Assicurazione
MOD. CTUTTAS 2 - ED. 25/02/2014
sono parte integrante della Nota Informativa
MOD. CTUTTAS 5**



INDICE

DEFINIZIONI.....	3
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	10
MALATTIA PRIMARIA (CRITICAL ILLNESS).....	12
<i>Garanzia base</i>	12
<i>Garanzia aggiuntiva</i>	13
DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO.....	14
INDENNITARIA.....	16
<i>Garanzia base</i>	16
DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO.....	19
PROTEZIONE LEGALE DEL PAZIENTE.....	20
<i>Garanzia base</i>	20
ASSISTENZA.....	22
ASSISTENZA BASE.....	24
<i>Cura</i>	24
<i>Convalescenza e riabilitazione</i>	25
<i>In viaggio</i>	25
<i>Single</i>	27
<i>Famiglia</i>	28
SECONDO PARERE MEDICO.....	29
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA.....	30

DEFINIZIONI

Definizioni valide per l'assicurazione in generale

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato

La persona il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione.

Assicurazione o contratto

Il contratto di assicurazione.

Carenza

Periodo di 90 giorni decorrenti dal giorno del pagamento del premio, trascorsi i quali la garanzia avrà effetto.

Cartella clinica

Documento ufficiale e atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale operativa

È la struttura di Mapfre Warranty – Strada Trossi, 66 – 13871 Verrone (Biella), costituita da medici, tecnici, operatori in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno. Provvede, per incarico della Società, al contatto telefonico con l'assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Centrale di telemedicina

È la struttura di SOIT – Second Opinion Italy s.r.l. costituita da medici ed operatori, che è in funzione dalle ore 9.00 alle ore 18.00, dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali, che in virtù dell'accordo con il centro medico internazionale di riferimento provvede alla gestione ed all'erogazione della seconda opinione medica.

Centro medico internazionale di riferimento

Le strutture ed i centri clinici della U.C.S.F. di Stanford (USA) che costituiscono il fulcro del network internazionale di ospedali e medici specialisti che provvede alla formulazione della seconda opinione medica a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio.

Day hospital

La degenza diurna, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Day surgery

La degenza diurna, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, finalizzata all'erogazione di trattamenti chirurgici.

Durata

Periodo di validità della polizza, determinato concordemente tra le parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato sulla scheda di polizza

Indennizzo

La prestazione in denaro dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico

Atto medico, praticato in istituto di cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata a intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale

La somma massima, stabilita nel contratto, che la Società è tenuta a corrispondere all'assicurato in caso di sinistro o per anno assicurativo.

Parti

Il Contraente e la Società.

Permesso medico

Interruzione temporanea della degenza.

Polizza

Il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio

La prestazione in denaro dovuta dal contraente alla Società.

Protezione legale

La garanzia protezione legale ai sensi del D. lgs. n° 209 del 2005, articoli 163, 164, 173, 174 e correlati.

Ricovero

La degenza in un centro ospedaliero (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Nella garanzia malattia primaria (critical illness), il termine sinistro indica la diagnosi nei confronti dell'assicurato dello stato di coma o di una delle malattie elencate nell'art. 12 "Oggetto della garanzia" o, qualora sia operante la garanzia aggiuntiva di cui all'art. 17 "Invalidità permanente da infortunio", di una invalidità permanente da infortunio.

Nella garanzia indennitaria, per sinistro si intende:

- il ricovero dell'assicurato in un centro ospedaliero con conseguente intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale. È compreso il day surgery;
- il ricovero con almeno un pernottamento dell'assicurato in un centro ospedaliero senza intervento chirurgico. In ogni caso è escluso il day hospital.

Nella garanzia protezione legale, per sinistro si intende il caso assicurativo, ovvero il verificarsi del fatto dannoso, cioè la controversia, per cui è prestata la garanzia.

Nella garanzia assistenza, il termine sinistro indica l'evento che determina la richiesta di assistenza dell'assicurato.

Società

L'impresa assicuratrice.

Ubbriachezza

Si considera in stato di ubriachezza l'assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcoolemico superiore alla limitazione della Legge vigente.

Unico caso assicurativo

Il fatto dannoso e/o la controversia che coinvolge più assicurati.

Definizioni valide per la garanzia malattia primaria (critical illness)

Malattie primarie

Sono considerate malattie primarie i seguenti stati o malattie:

- coma;
- ictus cerebrale;
- infarto miocardico;
- insufficienza renale;
- invalidità permanente da infortunio;
- malattia del motoneurone;
- malattia di Alzheimer;
- morbo di Parkinson;
- sclerosi multipla;
- necessità di trapianto d'organo;
- tumore maligno

Ai fini della garanzia malattia primaria prestata da CATTOLICA&SALUTE - TuttaSalute, le definizioni di malattie primarie sono le seguenti:

Coma

Perdita delle funzioni cerebrali caratterizzata dalla totale mancanza di reazione agli stimoli esterni a seguito di infortunio o malattia.

Devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- diagnosi confermata da un medico specialista;
- lo stato di coma deve persistere in modo continuato con l'uso di sistemi di rianimazione da un periodo di almeno 96 ore e devono risultare danni neurologici permanenti.

Sono esclusi:

- **il coma artificiale quale metodo di terapia;**
- **il prolungamento del coma per ragioni terapeutiche;**
- **il coma risultante dall'uso di alcool ovvero droghe.**

Ictus cerebrale

Episodi ischemico-emorragici⁽¹⁾ causati da rottura o trombosi⁽²⁾ di un'arteria cerebrale (interruzione della

circolazione sanguigna in una o più aree del cervello), con la conseguenza di rilevanti deficit funzionali permanenti e/o lesioni organiche cerebrali gravi.

Deve essere soddisfatta la seguente condizione: la diagnosi deve essere provata dal risultato di una TAC (tomografia assiale computerizzata), di una risonanza magnetica (MRI = Magnetic Resonance Imaging) o da un esame simile, dal quale si rilevi che vi sia stato un infarto del tessuto cerebrale⁽³⁾, oppure un'emorragia intracerebrale o subaracnoidea⁽⁴⁾, oppure un'embolia cerebrale, e deve causare paralisi o paresi, comportanti deficit funzionali permanenti tali da causare **un'invalidità permanente non inferiore al 70%** della globale validità psicofisica calcolata in base alle tabelle INAIL indicate nel D. lgs. n° 38 del 2000.

La diagnosi deve essere confermata da un neurologo trascorsi almeno 90 giorni dalla data di manifestazione dell'evento.

Sono esclusi:

- **attacchi ischemici transitori**⁽⁵⁾;
- **deficit neurologici reversibili**;
- **emicranie**;
- **lesioni cerebrali da traumi o ipossia**;
- **disturbi della visione o dell'equilibrio dovuti a malattie o lesioni degli occhi, dei nervi ottici o dell'apparato vestibolare**⁽⁶⁾;

Infarto miocardico

Necrosi (perdita d'ogni funzione vitale) di una porzione variabile del muscolo cardiaco dovuta a una completa interruzione, improvvisa e persistente del flusso sanguigno in un ramo delle coronarie stesche.

Deve essere soddisfatta la seguente condizione: diagnosi emessa da un cardiologo, che attesti la presenza dell'acinesia⁽⁷⁾ o della discinesia⁽⁸⁾ confermata dall'interpretazione dell'elettrocardiogramma, ecocardiogramma oppure da altro esame equivalente.

Inoltre deve essersi verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- sviluppo di un'onda Q almeno su due derivazioni del tracciato ECG ($Q \geq 0.04$ s oppure $Q > 0.25\%$ dell'ampiezza dell'onda R);
- anomalie dell'elettrocardiogramma non specificate e associate a delle modificazioni significative degli enzimi cardiaci (CPK – MB e troponina).

La garanzia opera solo qualora sia accertato un rendimento funzionale ergonometrico⁽⁹⁾ con **deficit di almeno il 35% o frazione di eiezione**⁽¹⁰⁾ **inferiore al 45%**, anche in assenza di aritmie di rilievo.

È esclusa l'angina pectoris sia nella forma stabile che instabile. Il solo aumento di Troponina⁽¹¹⁾ non è considerato condizione sufficiente alla diagnosi di infarto.

Insufficienza renale

Alterato stato cronico e irreversibile della funzionalità renale, che sia sottoposto a trattamento dialitico (emodialisi e dialisi peritoneale⁽¹²⁾) extracorporeo continuo o di trapianto renale o di entrambe le situazioni, in successione.

1 Ischemia-emorragica

Ischemia: insufficiente vascolarizzazione di un tessuto conseguente ad afflusso sanguigno arterioso insufficiente o assente.

Emorragia: fuoriuscita di sangue da un vaso a seguito di una lesione o processo patologico del vaso stesso pregiudicante l'integrità del sistema circolatorio.

2 Trombosi: formazione di un trombo, ossia un coagulo di sangue che si forma nel sistema circolatorio in presenza di diatesi (predisposizione, costituzionale ereditaria e/o acquisita, dell'organismo a reazioni patologiche) trombotica. Nelle arterie si ha di solito l'insorgenza sulle pareti, mentre nelle vene si formano soprattutto in corrispondenza delle valvole.

3 Infarto del tessuto cerebrale: degenerazione (necrosi) circoscritta dell'encefalo in seguito a un arresto locale del flusso sanguigno che porta a ischemia (vedi nota 1) a causa di un'ostruzione dell'arteria nel caso in cui venga a mancare una circolazione collaterale che compensi l'ostruzione, contrassegnata da sindrome neurologica la cui regressione è incompleta o assente.

4 Emorragia intracerebrale o subaracnoidea: emorragia localizzata in sede intracerebrale o nello spazio subaracnoideo (spazio localizzato sotto la membrana meningea media, situata tra dura madre e pia madre).

5 Attacchi ischemici transitori: altrimenti detti TIA, trattati di ischemia (vedi nota 1) cerebrale transitoria i cui sintomi neurologici tendono a scomparire al più tardi entro le 24 ore, senza lasciare alterazioni morfologiche di rilievo.

Apparato vestibolare: unità funzionale preposta al senso dell'equilibrio, costituita dal sistema dei canali semicircolari, dal sacco e dall'utricolo, dai nuclei vestibolari, dalle connessioni con il cervelletto, nuclei del tronco encefalico e midollo spinale.

7 Acinesia: mancanza del movimento, rilevabile dall'ecocardiografia, della parete del ventricolo sinistro durante la fase sistolica (contrazione).

8 Discinesia: alterazione o disfunzione del movimento, rilevabile dall'ecocardiografia, della parete del ventricolo sinistro durante la fase sistolica (contrazione).

9 Rendimento funzionale ergonometrico: parametro funzionale valutabile con tests specifici, quali il test al cicloergometro.

10 Eiezione: parametro strumentale, valutabile all'ecocardiografia, che definisce l'effettiva capacità di eiezione del cuore (valore normale > 65%).

11 Troponina: proteina di regolazione contenuta nei filamenti di actina dei muscoli, responsabile della sensibilità al calcio delle proteine contrattili.

12 Dialisi peritoneale: dialisi intracorporea attuata mediante un catetere peritoneale che permette al liquido di dialisi di affluire nel peritoneo e, quindi, scaricato all'esterno (attraverso un procedimento di osmosi).

Deve essere soddisfatta la seguente condizione: il trattamento dialitico deve essere attestato da un medico specialista nefrologo appartenente alla struttura presso il quale è eseguito il trattamento.

È esclusa l'insufficienza renale in stadio di compensazione⁽¹³⁾.

Il sinistro è indennizzabile una volta iniziata la dialisi o effettuato il trapianto del rene.

Invalità permanente da infortunio

Il pagamento della prestazione avviene quando l'assicurato raggiunge **un grado d'invalità, dovuto a infortunio, di almeno il 60%**, secondo la tabella INAIL prevista nell'allegato 1 del D.P.R. n° 1124 del 30 giugno 1965, "Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalità permanente da infortunio".

Devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- per infortunio si intende un evento fortuito, violento ed esterno che abbia come conseguenze lesioni corporali obiettivamente constatabili in base alla tabella INAIL prevista nell'allegato 1 del D.P.R. n° 1124 del 30 giugno 1965, "Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalità permanente da infortunio";
- la compagnia si riserva il diritto di accertare autonomamente lo stato di invalidità.

Malattia del motoneurone

Malattia di causa sconosciuta che provoca una degenerazione delle cellule di Betz⁽¹⁴⁾, delle fibre piramidali⁽¹⁵⁾, dei nuclei dei nervi cranici e delle cellule delle corna anteriori del midollo spinale. Possono essere colpiti sia il primo sia il secondo motoneurone.

Si distinguono tre forme: sclerosi laterale amiotrofica⁽¹⁶⁾, atrofia muscolare progressiva⁽¹⁷⁾, paralisi bulbare.

Devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- diagnosi emessa da un neurologo;
- incapacità di svolgere, senza l'assistenza di una terza persona, tre o più delle seguenti attività della vita quotidiana: igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello sufficiente di igiene personale), vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali), muoversi (capacità di muoversi da una stanza a un'altra all'interno della residenza abituale), nutrirsi (capacità di consumare cibo, già cucinato e reso disponibile), usare i servizi igienici (capacità di recarsi al bagno, e di usare correttamente i servizi igienici), continenza (capacità di gestire le funzioni intestinali e le funzioni della vescica mediante l'uso di indumenti protettivi o di appropriate apparecchiature chirurgiche).

Sono escluse le lesioni nervose di origine infiammatoria o tossica.

Malattia di Alzheimer

Patologia degenerativa progressiva del cervello, caratterizzata da atrofia diffusa della corteccia cerebrale, che comporta chiari cambiamenti istopatologici⁽¹⁸⁾.

Devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- danno permanente e irreversibile delle funzioni cerebrali dovute a questa malattia;
- perdita delle capacità cognitive comprovata da test standard;

13 Insufficienza renale in stadio di compensazione: alterazione della funzionalità renale con indicatori laboratoristici e strumentali di compensazione funzionale e che non necessita comunque di trattamento dialitico e/o di trapianto renale.

14 Cellule di Betz: grosse cellule nervose piramidali del neopallio (V strato), i loro cilindri costituiscono talora fibre del tratto corticospinale.

15 Fibre piramidali: fascio di fibre del tratto piramidale, o corticospinale, che originano dalle cellule piramidali giganti localizzate nella circonvoluzione precentrale della corteccia telencefalica. Discendono attraverso il ginocchio e il braccio posteriore della capsula interna, il piede del peduncolo cerebrale (mesencefalo) e del ponte del bulbo, raccogliendosi a questo livello centralmente nelle piramidi.

16 Sclerosi laterale amiotrofica: malattia che interessa selettivamente le cellule motrici del SNC, sia i neuroni da cui originano i fasci cortico-bulbo-spinali, sia le cellule dei nervi motori dei nervi cranici che quelle delle corna anteriori del midollo spinale. Ciò comporta un'atrofia progressiva delle masse muscolari con paresi e segni di compromissione del sistema piramidale quali spasticità e accentuazione dei riflessi osteotendinei. Il decorso è cronico-progressivo, con decesso per (pseudo-) paralisi bulbare.

17 Atrofia muscolare progressiva: vedi nota 16.

18 Cambiamenti istopatologici: alterazioni strutturali a carico del tessuto cerebrale caratterizzate da atrofia della corteccia cerebrale con placche e degenerazione neurofibrillare.

- incapacità di svolgere, senza l'assistenza di una terza persona, tre o più delle seguenti attività della vita quotidiana: igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello sufficiente di igiene personale), vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali), muoversi (capacità di muoversi da una stanza a un'altra all'interno della residenza abituale), nutrirsi (capacità di consumare cibo, già cucinato e reso disponibile), usare i servizi igienici (capacità di recarsi al bagno, e di usare correttamente i servizi igienici), continenza (capacità di gestire le funzioni intestinali e le funzioni della vescica mediante l'uso di indumenti protettivi o di appropriate apparecchiature chirurgiche).

Sono escluse le demenze tipo Alzheimer che non comportano quanto indicato nel paragrafo precedente.

Morbo di Parkinson

Progressiva degenerazione del sistema nervoso centrale dovuta al morbo di Parkinson.

Devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- diagnosi di morbo di Parkinson idiopatico⁽¹⁹⁾ emessa da un neurologo;
- chiari segni di progressivo peggioramento;
- incapacità di svolgere, senza l'assistenza di una terza persona, tre o più delle seguenti attività della vita quotidiana: igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello sufficiente di igiene personale), vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali), muoversi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale), nutrirsi (capacità di consumare cibo, già cucinato e reso disponibile), usare i servizi igienici (capacità di recarsi al bagno, e di usare correttamente i servizi igienici), continenza (capacità di gestire le funzioni intestinali e le funzioni della vescica mediante l'uso di indumenti protettivi o di appropriate apparecchiature chirurgiche).

Sono esclusi: Parkinson, o sintomi di tipo Parkinson, causati da patologie vascolari, o da abuso di alcool, o da uso di droghe o farmaci, o da altre cause tossiche⁽²⁰⁾.

Sclerosi multipla

Patologia del sistema nervoso cronica ed evolutiva, caratterizzata dalla presenza di placche di demielinizzazione⁽²¹⁾ diffuse in diverse aree del Sistema Nervoso Centrale (cervello e midollo spinale). Devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- diagnosi stabilita da un neurologo e validata dal risultato di una MRI (Magnetic Resonance Imaging) che confermi il processo di demielinizzazione del cervello e del midollo spinale;
- deve essere accertata un'invalidità permanente non inferiore al 70% della globale validità psicofisica calcolata in base alle tabelle INAIL, come indicate nel D. lgs n° 38 del 2000.

Sono escluse le lesioni al sistema nervoso centrale dovute ad altre cause (es.: malattie dei vasi sanguigni, malattie batteriche, malattie virali).

Trapianto d'organo

Malattie che determinano la necessità di un trapianto d'organo, quindi l'iscrizione a una lista d'attesa di trapianto.

Deve essere soddisfatta la seguente condizione: è coperto il trapianto, o l'iscrizione, successiva alla sottoscrizione del presente contratto, nella lista ufficiale d'attesa di trapianto, per i seguenti organi: cuore (trapianto completo), polmone, fegato, rene, pancreas e midollo osseo.

Sono esclusi i trapianti di cute e annessi, di cornea, d'insule pancreatiche⁽²²⁾, nonché di tutti gli altri organi o parti d'organo e tessuti che non siano sopra elencati.

¹⁹ Morbo di Parkinson idiopatico: patologia spontanea originatasi senza causa riconoscibile.

²⁰ Altre cause tossiche: un esempio è rappresentato dalla piridina: 1-metil-4-feni-1,2,3,6-tetraidropiridina chiamata più semplicemente MPTP e sostanze simili alla MPTP agiscono come tossine, provocando la morte delle cellule della sostanza nera e la successiva comparsa della malattia.

²¹ Placche di demielinizzazione: perdita della guaina mielinica, a confini irregolari, interessante in modo plurifocale la sostanza bianca dell'encefalo (dissoluzione delle guaine e proliferazione reattiva gliale).

²² Insule pancreatiche: trattasi delle isole di Langerhans, raggruppamenti di cellule presenti nel pancreas esocrino che contengono le cellule APUD produttori ormoni soprattutto glucagone, insulina e somatostatina.

Tumore maligno

Accrescimento progressivo di tessuto, determinato da una proliferazione cellulare incontrollata senza scopo reattivo o riparativo, che invade il tessuto originale, oltre a quelli contigui, potendosi propagare a distanza attraverso metastasi. Sono considerati tumori maligni anche le leucemie (**con esclusione della leucemia linfoblastica cronica**⁽²³⁾ **che abbia uno stadio inferiore a RAI 3**⁽²⁴⁾ **oppure che si trovi in uno stadio Binet A oppure B**⁽²⁵⁾), e i **linfomi**⁽²⁶⁾.

Deve essere soddisfatta la seguente condizione: la diagnosi emessa dal medico curante, istologicamente confermata e seguita da trattamenti specifici, quali intervento chirurgico, chemioterapia, radioterapia e cure ormonali.

Sono esclusi:

- **tumori in situ (comprese le displasie della cervice uterina classificate negli stadi CIN1, CIN2 e CIN3**⁽²⁷⁾ **oppure quelli che sono istologicamente classificati come premaligni.**

Il carcinoma in situ della mammella è coperto solo nel caso in cui si sia resa necessaria l'asportazione completa della stessa (mastectomia totale);

- **tumori della pelle a eccezione dei melanomi invasivi che vengano classificati con un Livello di Clark**⁽²⁸⁾ **3 o superiore – stadi Ajcc, oppure che abbiano uno spessore superiore a 1,5 millimetri;**
- **ipercheratosi**⁽²⁹⁾ **oppure epiteliomi basocellulari**⁽³⁰⁾ **(BCC) della pelle e epiteliomi squamocellulari**⁽³¹⁾ **(SCC) all'infuori di quelli che abbiano metastatizzato;**
- **tumori della prostata che siano istologicamente classificati, secondo il sistema TNM**⁽³²⁾, **in uno stadio T2N0M0**⁽³³⁾, **inferiore o equivalente ad altri tipi di classificazione in uso, oppure quelli classificati con un grado di Gleason 6**⁽³⁴⁾ **o di grado inferiore;**
- **tumori maligni in pazienti contagiati da virus HIV;**
- **carcinomi intraduttali**⁽³⁵⁾ **non invasivi della mammella;**
- **polipi intestinali;**
- **carcinomi della vescica**⁽³⁶⁾ **urinaria limitati al I stadio.**

23 Leucemia linfoblastica cronica: neoplasia linfatica costituita dalla proliferazione di linfociti (G.B.) morfologicamente differenziati (maturi) e dal loro progressivo accumulo negli organi linfoidi periferici, nel midollo osseo e nel sangue periferico. Ha una incidenza crescente in rapporto all'età, con un picco nella sesta decade, è più frequente nel sesso maschile e l'eziologia è tuttora ignota purtuttavia l'insorgenza indica una probabile predisposizione genetica.

24 Stadio inferiore a RAI 3: due differenti sistemi di stadiazione clinica: il sistema di Rai (1975) e il sistema di Binet (1977) utilizzati ai fini prognostici. I criteri clinici per inquadrare lo stadio RAI III sono: linfocitosi e anemia (Hb < 11g/dL), con o senza epato-spleno-linfoadenomegalie.

25 Stadio Binet A oppure B: la classificazione prognostica secondo Binet si basa su criteri ematologici e clinici: nello stadio A vi è l'interessamento di 2 sedi anatomiche, mentre nello stadio B di 3 o più sedi.

26 Linfomi: malattia immunoproliferativa di cellule immunologicamente attive che si distingue classicamente in linfoma di Hodgkin, caratterizzato da linfomegalia, unica o multipla, non dolente, frequentemente monostazionale e con dimensioni variabili nel tempo, frequente presenza di uno o più segni sistemici (febbre, sudorazione notturna, perdita di peso), e linfoma non-Hodgkin caratterizzato da linfomegalia, unica o multipla, non dolente, frequentemente polistazionale e spesso a rapida crescita, frequente coesistenza di epato e/o splenomegalia o, più raramente, interessamento di alcuni organi o tessuti (ad esempio tratto gastroenterico, cute, testicoli, mammella ecc.) e presenza di cellule linfatiche maligne nel tessuto biopsiato.

27 Displasie della cervice uterina classificate negli stadi CIN 1, CIN 2 e CIN 3: Cervical Intraepitelial Neoplasia (Neoplasia Intraepiteliale della Cervice), atipie epiteliali nell'epitelio pavimentoso del collo dell'utero. Si distinguono 3 gradi di displasia dell'epitelio pavimentoso: CIN 1, CIN 2 e CIN 3 che indicano rispettivamente una displasia di grado lieve, moderata e severo o carcinoma in situ.

28 Livello di Clark: è una valutazione della invasività del melanoma basata sull'anatomia della cute. Si distinguono 5 livelli: I livello: melanoma confinato al di sopra della membrana basale (epidermide, epiteli follicolari e annessiali), in situ; II livello: invasione discontinua del derma papillare; III livello: invasione massiva del derma papillare fino al confine col derma reticolare; IV livello: invasione del derma reticolare; V livello: invasione dell'ipoderma. Il derma papillare si distingue dal reticolare perché è più lasso e costituito da collagene sottile e verticale. Il derma reticolare è più compatto, costituito da bande collagene sono più spesse e orizzontali; contiene la parte secerente delle ghiandole eccrine. Sistema proposto dalla American Joint Committee on Cancer (AJCC).

29 Ipercheratosi: ipertrofia dello strato corneo della cute, sottoforma di ipercheratosi proliferante (dovuta a una formazione eccessiva di cheratoproteine o cheratinizzazione; ispessimento dello strato granuloso) oppure ipercheratosi ritentiva (desquamazione ridotta; per esempio nella ittiosi volgare).

30 Epitelioma basocellulare: tumore maligno cutaneo composto da cellule simili a quelle dello strato basale dell'epidermide e delle strutture epiteliali degli annessi cutanei, spesso isolato ma è possibile il suo riscontro in elementi multipli. In fase iniziale si presenta spesso come una piccola papula traslucida, appena rilevata, a crescita lenta e progressiva. In fase conclamata si possono distinguere alcuni tipi clinici: nodulare, superficiale e morfeiforme.

31 Epitelioma squamocellulare: tumore maligno derivato dai cheratinociti dell'epidermide e dell'epitelio degli annessi cutanei, più comune nel sesso maschile su aree cutanee fotoesposte e in soggetti con cute chiara. La neoplasia è meno frequente del basocellulare, ma ha potenziale aggressivo locale superiore e maggiore tendenza a metastatizzare.

In fase iniziale è una lesione papulosa o nodulare di colore rosa-rosso, irregolare a margini sfumati, mentre in fase avanzata è una placca o un nodulo con superficie crostosa o ulcerata.

32 Sistema TNM: metodo utile a classificare il grado di estensione della malattia neoplastica (classificazione o stadiazione TNM). È una misura preterapeutica, clinica e postchirurgica dell'estensione della malattia neoplastica: si determina la dimensione e la progressione del tumore (T), la sede e il grado di infiltrazione loco-regionale, successivamente viene valutata la presenza di interessamento linfonodale (N) e la disseminazione (metastasi) ematogena (M) in altri organi. In base a questi parametri viene assegnato lo stadio.

33 Stadio T2N0M0: quando il tumore è circoscritto alla prostata, ma è abbastanza voluminoso da essere palpabile all'esplorazione rettale o rilevabile all'ecografia, con assenza di metastasi linfonodali o a distanza. Spesso è asintomatico.

34 Gleason 6: l'aspetto delle cellule tumorali al microscopio e l'aggressività del tumore, ossia la rapidità con cui questo tende a crescere, sono convenzionalmente espressi tramite un sistema di valutazione che prende il nome di grading. Il metodo più usato è la scala di Gleason, che tiene conto del modo in cui le cellule tumorali sono disposte all'interno della prostata, che si riflette in un punteggio da 1 a 5, e valuta anche i due pattern più frequenti di crescita del carcinoma prostatico. Il punteggio complessivo è compreso tra 2 e 10. Secondo la scala di Gleason, più basso è il punteggio, più basso è il grado del tumore. I carcinomi con grading basso (2-4) sono di solito a crescita lenta e hanno una minore tendenza a diffondere; quelli con un punteggio di 5-7 hanno un grading moderato, mentre quelli con punteggio di 8-10, hanno un grading elevato e sono molto aggressivi.

35 Carcinoma intraduttale: tumore maligno intraepiteliale, non invasivo, che comprende altresì il clinging carcinoma o carcinoma adesivo.

36 Carcinoma della vescica: tumore maligno, classificato come T1 – N0 – M0, che invade la sola sottomucosa della parete vescicale.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Conclusione del contratto

Il contratto è concluso, a condizione che sia stata versata la prima rata di premio, quando il contraente ha notizia dell'accettazione della proposta da parte della Società.

Ai fini dell'accettazione della proposta, la Società ha la facoltà di richiedere esami medici e ulteriore documentazione necessaria per la valutazione del rischio.

Art. 2 – Estensione territoriale

L'assicurazione ha efficacia per il mondo intero.

Art. 3 – Decorrenza del contratto

Il rischio è coperto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, **salvo quanto previsto dagli articoli:**

- **art. 13 "Carenza" (garanzia malattia primaria);**
- **art. 25 "Decorrenza della garanzia" (garanzia indennitaria);**
- **art. 34 "Insorgenza del caso assicurativo" (garanzia protezione legale del paziente).**

Art. 4 – Pagamento del premio

Il contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite.

Il premio deve essere pagato all'agenzia cui è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società in conformità alle disposizioni di legge in vigore al momento del pagamento.

Se il contraente non paga il premio o la prima rata stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della 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 ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

Art. 5 – Persone assicurabili

Sono assicurabili tutte le persone fino all'età di 70 anni. Tuttavia, nel caso l'assicurato compisse il 70° anno di età in corso di contratto, la garanzia conserverà efficacia fino alla sua naturale scadenza.

Per quanto riguarda la garanzia malattia primaria sono assicurabili soltanto le persone fino all'età di 60 anni. Tuttavia, nel caso in cui l'assicurato compisse il 60° anno di età in corso di contratto, la garanzia conserverà efficacia fino alla sua naturale scadenza.

Gli assicurati con più di 60 anni possono rimanere in copertura solo in caso di rinnovo di polizze già in corso

Non sono assicurabili le persone:

- **con dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci non conseguenti a terapie mediche);**
- **affette da infezioni da HIV;**
- **affette dalle seguenti infermità: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici.**

La sopravvenienza di tali dipendenze e/o affezioni è causa di risoluzione del contratto.

Art. 6 - Durata del contratto e garanzia di rinnovo

Il contratto ha la durata indicata sulla scheda di polizza.

Se il contraente lo richiede e viene pertanto indicato "SI" alla voce tacito rinnovo nella scheda di polizza, in mancanza di disdetta esercitata dalle parti mediante raccomandata A.R. inviata almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente prorogato per un anno fino al compimento del 70° anno di età dell'assicurato.

Se il contratto è stato stipulato per una durata poliennale ed è stato pertanto applicato lo sconto come previsto dall'Art. 1899 del codice civile, il contraente ha la facoltà di recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. inviata almeno 60 giorni prima della:

- scadenza naturale del contratto, se di durata inferiore o uguale a cinque anni (più eventuale rateo);
- scadenza annuale, se di durata superiore a cinque anni (più eventuale rateo), e purché siano state pagate almeno cinque annualità di premio, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale il recesso è stato esercitato.

La Società, peraltro, al momento del rinnovo del contratto potrà modificare le condizioni di assicurazione e/o il premio di polizza ma in tal caso dovrà darne comunicazione al contraente almeno 30 giorni prima della scadenza. Se il contraente non comunicherà a Cattolica di accettare espressamente le nuove condizioni entro la scadenza contrattuale, il contratto si intenderà risolto alla sua scadenza.

Se il cliente accetta le nuove condizioni, dovrà pagare il nuovo premio entro 30 giorni dalla scadenza contrattuale, e il pagamento costituisce in ogni caso dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni di assicurazione e/o del nuovo premio di polizza. Qualora detto pagamento fosse eseguito dopo 15 giorni dalla scadenza contrattuale la garanzia resterà sospesa dalle ore 24 del 15° giorno fino alle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio.

Art. 7 – Recesso in caso di sinistro

Dopo la denuncia di ogni sinistro, il contraente può recedere dal contratto.

Il recesso deve essere esercitato entro 60 giorni dal momento in cui la Società ha pagato o ha comunicato il rifiuto al pagamento dell'indennizzo. Il recesso, comunicato alla Società con raccomandata a.r., ha effetto dopo il 30° giorno dal ricevimento della comunicazione.

In caso di recesso, la Società rimborsa al contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non goduto.

Art. 8 – Rinuncia all'azione di rivalsa

Per le prestazioni conseguenti a malattia e/o infortunio, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del codice civile.

Art. 9 – Oneri fiscali

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al premio, al contratto e agli atti da esso dipendenti, restano a carico del contraente.

Art. 10 – Foro territorialmente competente

Per ogni controversia derivante dall'applicazione del presente contratto è competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio dell'assicurato o dell'avente diritto.

Art. 11 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è regolato nel contratto si applicano le vigenti disposizioni della Legge italiana.

MALATTIA PRIMARIA (CRITICAL ILLNESS)

Garanzia base

Art. 12 – Oggetto della garanzia

La Società corrisponde il capitale assicurato se, durante il periodo di operatività del contratto, all'assicurato viene diagnosticata una delle seguenti malattie primarie:

- coma;
- ictus cerebrale;
- infarto miocardico;
- insufficienza renale;
- malattie dei motoneuroni;
- malattia di Alzheimer;
- morbo di Parkinson;
- sclerosi multipla;
- necessità di trapianto d'organo;
- tumore maligno.

Art. 13 – Carenza

È previsto un periodo di carenza di 90 giorni per le seguenti malattie:

- **malattia dei motoneuroni;**
- **malattia di Alzheimer;**
- **morbo di Parkinson;**
- **sclerosi multipla;**
- **tumore maligno.**

Art. 14 – Esclusioni

L'assicurazione non è operante se una delle malattie primarie indicate agli artt. 12 “Oggetto della garanzia” e 17 “Invalidità permanente da infortunio” sia stata determinata da:

- infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della sottoscrizione del contratto;
- azioni delittuose compiute o tentate dall'assicurato;
- stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- rischi di energia nucleare secondo quanto previsto dalla clausola di esclusione dei rischi di energia nucleare (nuclear energy risks exclusion clause NMA 1975 1994);
- guerre, inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche, insurrezioni o tumulti popolari;
- infortuni derivanti da sport aerei (compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendii e assimilabili) e dalla partecipazione a gare motoristiche, prove e allenamenti;
- infortuni derivanti da attività sportiva professionale (comprese gare e allenamenti);
- infortuni accaduti durante lo svolgimento del servizio militare volontario o per mobilitazione;
- contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

Art. 15 – Periodo di riqualificazione e limitazione di garanzia dopo il primo sinistro

Dopo la diagnosi della prima malattia primaria indennizzabile ai termini di polizza, la copertura sarà sospesa per 30 giorni. Sarà nuovamente operante trascorsi i 30 giorni esclusivamente per le malattie primarie che non sono conseguenza degli stati patologici che hanno causato il primo sinistro.

Si terrà conto di tale termine anche nel caso in cui il contratto sia emesso in sostituzione di altro contratto malattie contenente la garanzia malattia primaria.

In ogni caso non saranno più in copertura le malattie primarie che sono conseguenza degli stati patologici che hanno causato il primo sinistro.

Art. 16 – Limitazione di garanzia dopo il secondo sinistro

La garanzia malattia primaria (critical illness) cessa di avere efficacia dopo la denuncia del secondo sinistro liquidabile a termini di polizza.

Se fosse presente anche la garanzia indennitaria, il premio complessivo dovuto dal contraente per le eventuali annualità successive sarà diminuito della parte di premio indicato per la garanzia malattia primaria.

Se il contratto è emesso in sostituzione di altro contratto malattie contenente la garanzia malattia primaria e il contratto sostituito è già stato colpito da sinistro liquidabile a termini di polizza, la garanzia cessa di avere efficacia dopo la denuncia del primo sinistro liquidabile a termini del presente contratto.

Garanzia aggiuntiva

(operante solo se espressamente richiamata in polizza)

Art. 17 – Invalidità permanente da infortunio

La Società corrisponde il capitale assicurato se, durante il periodo di operatività del contratto, all'assicurato viene diagnosticata un'**invalidità permanente da infortunio non inferiore al 60%**, come da tabella INAIL prevista nell'allegato 1 del D.P.R. n° 1124 del 30 giugno 1965, "Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente da infortunio".

Deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle del D.P.R. n° 38 del 23 febbraio 2000 che abbiano sostituito la predetta tabella.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 18 – Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

Entro 90 giorni dalla data della diagnosi della malattia primaria, l'assicurato o, se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono farne comunicazione scritta all'agenzia.

Per la malattia primaria “Ictus cerebrale” il termine di 90 giorni decorre dall'acquisizione da parte dell'assicurato del certificato di conferma della diagnosi, redatto da un neurologo trascorsi almeno 90 giorni dalla data di manifestazione dell'evento.

La denuncia dovrà essere corredata dalla relativa documentazione medica (originale e copia di: parere medico rilasciato, cartella clinica integrale, esami medici eventualmente eseguiti).

La malattia primaria si considera insorta nel momento in cui viene diagnosticata, e quindi, alla data indicata nella documentazione medica fornita dall'assicurato al momento della denuncia.

In caso di invalidità permanente da infortunio, la denuncia dell'infortunio deve essere fatta entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento.

La denuncia deve essere corredata da originale e copia del certificato medico e indicare il luogo, giorno e ora dell'evento.

Art. 19 – Verifica dell'indennizzabilità

La Società verifica la diagnosi della malattia primaria entro 45 giorni dalla data di ricevimento della denuncia, nel caso la documentazione medica presentata risulti esaustiva. In caso contrario, la Società ne darà comunicazione scritta all'assicurato e il termine di 45 giorni decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione medica completa.

Per le malattie:

- ictus cerebrale,
- sclerosi multipla,
- malattia del motoneurone,
- malattia di Alzheimer,
- morbo di Parkinson,
- invalidità permanente da infortunio (garanzia aggiuntiva),

in cui ai fini dell'indennizzabilità è necessario valutare la percentuale di invalidità permanente dell'assicurato o comunque le sue condizioni generali di salute, il termine di 45 giorni decorre dalla data di effettuazione dell'accertamento medico-legale cui la Società sottopone l'assicurato.

Durante l'accertamento l'assicurato, pena la decadenza della copertura assicurativa, si rende disponibile a fornire le dichiarazioni richieste dalla Società nonché a presentare le eventuali prove utili a stabilire cause ed effetti della patologia.

La Società si riserva comunque in ogni momento e per ogni garanzia la possibilità di procedere a un accertamento medico diretto sull'assicurato, o effettuare ulteriori indagini.

In caso di invalidità permanente da infortunio, la Società potrà, compatibilmente con le condizioni di salute dell'assicurato, richiederli di:

- **fornire informazioni;**
- **produrre, se necessario, gli esami radiologici effettuati e copia completa della cartella clinica redatta nell'istituto di cura;**
- **sottoporsi ad accertamenti e controlli medici.**

Ove la Società non ritenga indennizzabile il sinistro ne darà tempestiva comunicazione all'assicurato entro 30 giorni dall'accertamento.

Art. 20 – Liquidazione del capitale

Una volta accertata l'indennizzabilità della patologia grave o dell'invalidità permanente da infortunio come disciplinato all'art. 19 “Verifica dell'indennizzabilità”, **la Società provvederà a liquidare il capitale all'assicurato entro 15 giorni; in caso di decesso dell'assicurato il capitale verrà liquidato ai suoi eredi.**

Art. 21 – Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

Se tra la Società e l'assicurato (o i suoi familiari o i suoi eredi) insorgono controversie sulla natura della malattia, sul suo insorgere, sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente da infortunio, la loro risoluzione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici con giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato.

Il Collegio Medico può, in caso di invalidità permanente da infortunio e se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo (non oltre 12 mesi) da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativoverbale.

Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico.

L'assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

INDENNITARIA Garanzia base

Art. 22 – Oggetto della garanzia

La Società corrisponde all'assicurato in caso di infortunio, malattia o parto:

- un indennizzo in caso di intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- una diaria in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

L'indennizzo è in funzione del capitale scelto e la diaria è fissa.

Art. 23 – Elenco degli interventi

Gli interventi sono raggruppati in 5 classi: dalla classe 1 (interventi chirurgici meno importanti) alla classe 4 (interventi più importanti). La classe 5 interviene per tutti gli altri tipi di interventi.

Gli interventi sono così raggruppati:

Classe 1

- tonsillectomia e/o adenoidectomia;
- cataratta;
- parto naturale;
- asportazione di neoplasie e cisti benigne, lipomi, nevi e polipi;
- isteroscopia;
- varicectomia;
- rimozione mezzi di sintesi;
- artroscopia diagnostica;
- calcolosi renale o delle vie urinarie;
- emorroidi e ragadi anali;
- laparoscopia diagnostica;
- laser chirurgia della cornea a scopo terapeutico (escluse finalità estetiche).

Classe 2

- coronarografia con o senza angioplastica;
- varicocele;
- erniectomia (esclusa la discale);
- alluce valgo;
- rinoplastica ricostruttiva o funzionale (escluse finalità estetiche);
- meniscectomia;
- appendicectomia;
- rottura e riparazione della cuffia rotatoria della spalla;
- parto cesareo.

Classe 3

- osteosintesi e osteotomia;
- varici recidive;
- cisti ovariche;
- frattura arti (intervento chirurgico per riduzione di);
- colecistectomia;
- resezione endoscopica della prostata + vaporizzazione (TURP, TUVP);
- prostatectomia e adenomectomia prostatica;
- tiroidectomia;
- ricostruzione dei legamenti del ginocchio;
- isterectomia.

Classe 4

- by-pass aorto coronarici;
- erniectomia discali;
- artroprotesi;

- chirurgia addominale per asportazione neoplasie maligne;
- aneurisma aortico;
- craniotomia;
- cardiocirurgia a cuore aperto;
- lobectomia polmonare.

Classe 5

Gli altri interventi chirurgici non compresi nelle classi precedenti.

Art. 24 – Diaria da ricovero per patologie che non prevedono intervento chirurgico La Società corrisponde all'assicurato in caso di ricovero senza intervento chirurgico con almeno 1 pernottamento in istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza, per un periodo massimo di 90 giorni per evento e di 180 giorni per anno assicurativo.

Per assicurati di età superiore ai 60 anni, il periodo massimo indennizzabile è di 45 giorni per evento e 90 giorni per anno assicurativo.

L'indennità giornaliera per ciascun giorno di ricovero è stabilita in:

- euro 50,00 per i primi 7 giorni;
- euro 100,00 dall'8° al 15° giorno di ricovero;
- euro 150,00 dal 16° al 90° giorno di ricovero.

Nel conteggio sono compresi eventuali permessi medici.

Viene considerato come un unico ricovero il trasferimento (nell'arco di 24 ore) da un ospedale ad un altro con conseguente chiusura e apertura della cartella clinica.

Art. 25 – Decorrenza della garanzia

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

In particolare la garanzia ha effetto:

- per gli infortuni:
 - dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio;
- per le malattie:
 - dal 30° giorno successivo a quello del pagamento del premio per le malattie insorte dopo la sottoscrizione del contratto.

Se il contratto viene emesso in sostituzione di altro contratto malattie, relativamente agli stessi assicurati, si farà riferimento alla data di pagamento del premio del contratto sostituito;

- dal 180° giorno successivo a quello del pagamento del premio per le malattie insorte prima della sottoscrizione del contratto.

Sono comunque escluse le conseguenze di infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della sottoscrizione del contratto. Tuttavia se tali circostanze sono state dichiarate nel questionario anamnestico o nel rapporto di visita medica, l'assicurazione sarà operante per le patologie per le quali la Società non emetta appendice di esclusione.

Se il contratto viene emesso in sostituzione di altro contratto malattie, relativamente agli stessi assicurati, per la carenza si farà riferimento alla data di pagamento del premio del precedente contratto sostituito o di ulteriori precedenti contratti da quest'ultimo sostituiti;

- dal 300° giorno successivo a quello del pagamento del premio per il parto. È comunque escluso il parto (con taglio) cesareo qualora al momento della sottoscrizione del contratto l'assicurata sia già stata sottoposta ad analogo intervento. Tuttavia se tale circostanza è stata dichiarata nel questionario anamnestico, l'assicurazione sarà operante nel caso in cui la Società non emetta appendice di esclusione.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante dal 30° giorno successivo al pagamento solo se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di stipula del contratto.

Se la gravidanza o la malattia da gravidanza o puerperio sono insorte nel corso del precedente contratto malattie sostituito, o ulteriori precedenti da questo sostituiti, sono comprese in garanzia,

purchè la gravidanza o la malattia da gravidanza o puerperio abbiano avuto inizio dopo 300 giorni dalla data di effettivo pagamento del premio di tale contratto sostituito.

Art. 26 – Interventi chirurgici oltre il primo

Nel caso di ricovero in cui l'assicurato venga sottoposto a più interventi chirurgici tra quelli elencati nell'art. 23 “Elenco degli interventi”, **sarà riconosciuto solo l'importo relativo all'intervento di classe più elevata.**

Nel caso di più ricoveri in cui l'assicurato venga sottoposto a più interventi chirurgici tra quelli elencati **sarà riconosciuto:**

- l'indennizzo stabilito in polizza per ciascun intervento se il ricovero successivo venga effettuato dopo 30 giorni dalla data di dimissione dal precedente;
- l'indennizzo relativo all'intervento di classe più elevata, se il ricovero successivo venga effettuato prima di 30 giorni dalla data di dimissione dal precedente.

In ogni caso la somma massima indennizzabile non potrà mai essere superiore a euro 30.000,00 per assicurato e per anno.

Qualora il contratto sia emesso in sostituzione di altro contratto malattie per i suddetti termini e massimali si farà riferimento anche ai sinistri avvenuti nel periodo di efficacia del contratto sostituito.

Art. 27 – Ricoveri senza intervento oltre al primo

Nel caso di più ricoveri per la stessa patologia senza interventi **verrà riconosciuta:**

- **una indennità giornaliera per ogni ricovero ai sensi dell'art. 24 “Diaria da ricovero per patologie che non prevedono intervento chirurgico”, se il ricovero successivo venga effettuato dopo 30 giorni dalla data di dimissione dal precedente;**
- **una indennità giornaliera soltanto per il ricovero con più giorni di degenza, se il ricovero successivo venga effettuato prima di 30 giorni dalla data di dimissione dal precedente.**

Art. 28 – Esclusioni

L'assicurazione non è operante per gli interventi chirurgici (ambulatoriali e non) e i ricoveri determinati da:

- **infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della sottoscrizione del contratto;**
- **interruzioni volontarie di gravidanza;**
- **infertilità, fecondazione artificiale e interventi sul nascituro;**
- **interventi per eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto;**
- **interventi di chirurgia dentale a seguito di malattia;**
- **interventi a finalità estetica;**
- **azioni delittuose compiute o tentate dall'assicurato;**
- **stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o sostanze allucinogene;**
- **intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;**
- **rischi di energia nucleare secondo quanto previsto dalla clausola di esclusione dei rischi di energia nucleare (nuclear energy risks exclusion clause NMA 1975 1994);**
- **guerre, insurrezioni, tumulti popolari, inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;**
- **infortuni derivanti da sport aerei (compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendii e assimilabili) e dalla partecipazione a gare motoristiche, relative prove e allenamenti;**
- **infortuni derivanti da attività sportiva professionale (comprese gare e allenamenti);**
- **infortuni causati da manovre ed esercitazioni militari durante il servizio militare in tempo di pace;**
- **contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.**

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 29 – Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

Entro 60 giorni dalla data del ricovero, o dalla data dell'intervento in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, l'assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono farne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza.

La Società liquida l'indennizzo su presentazione dei documenti giustificativi (originale e copia di: cartella clinica integrale, esami medici eventualmente eseguiti).

Art. 30 – Verifica dell'indennizzabilità e liquidazione del capitale

La Società verifica l'indennizzabilità entro 30 giorni dalla data di ricevimento della denuncia, nel caso la documentazione medica presentata risulti esaustiva.

In caso contrario, la Società ne darà comunicazione scritta all'assicurato e il termine di 30 giorni decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione completa.

In caso di decesso dell'assicurato il capitale verrà liquidato ai suoi eredi.

La Società si riserva in ogni momento la possibilità di procedere a un accertamento medico diretto sull'assicurato, o effettuare ulteriori indagini.

Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 30 giorni.

Ove la Società non ritenga indennizzabile il sinistro ne darà comunicazione all'assicurato entro 30 giorni dall'accertamento.

Art. 31 – Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

Se tra la Società e l'assicurato (o i suoi familiari o i suoi eredi) insorgessero controversie sulla natura dell'intervento chirurgico, sul diritto all'indennizzo, la loro risoluzione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici con giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo (non oltre 12 mesi) da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico.

L'assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

PROTEZIONE LEGALE DEL PAZIENTE

Garanzia base

PREMESSA

La Società affida la gestione dei sinistri di Protezione Legale a:

ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, in Viale del Commercio n° 59 - 37135 Verona.

Art. 32 – Oggetto dell'assicurazione

Arag assicura il pagamento delle spese legali necessarie agli assicurati per la difesa dei loro diritti sia in sede extragiudiziale che giudiziale nei casi indicati all'art. 33 "Elenco dei casi assicurativi".

Per spese legali si intendono gli onorari diritti e le spese, compresi gli oneri non ripetibili dalla controparte, **calcolati secondo il tariffario forense per l'intervento:**

- del legale incaricato della gestione del caso assicurativo;
- del legale di controparte, nel caso di soccombenza dell'assicurato, o di **transazione autorizzata da ARAG;**
- del consulente tecnico nel caso in cui sia nominato in **accordo con ARAG.**

È compreso il pagamento del contributo unificato, restando escluso ogni altro onere fiscale.

Art. 33 – Elenco dei casi assicurativi

La garanzia vale per:

- sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento dei danni derivati all'assicurato **esclusivamente in conseguenza degli interventi chirurgici per i quali sia stata prestata la copertura assicurativa prevista nella polizza CATTOLICA&SALUTE - TuttaSalute. È compreso l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno in sede penale a mezzo di costituzione di parte civile.**
- sostenere controversie con Istituti o Enti Pubblici di Assicurazioni Previdenziali o Sociali, **derivanti dall'erogazione delle garanzie previste alle sezioni malattia primaria (critical illness), indennitaria, assistenza.**

Art. 34 – Insorgenza del caso assicurativo

Per insorgenza del caso assicurativo si intende il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento;

In presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del caso assicurativo si fa riferimento alla data della prima violazione.

Art. 35 – Unico caso assicurativo

Nel caso di vertenze promosse da o contro più persone aventi ad oggetto domande identiche o connesse, **la garanzia viene prestata a favore di tutti gli assicurati coinvolti, ma il relativo massimale resta unico e viene ripartito tra loro.**

Art. 36 – Esclusioni

È escluso il pagamento di:

- **multe, ammende e sanzioni in genere;**
- **spese legali e peritali per controversie contro la Società e ARAG;**
- **spese legali e peritali calcolate in base ad accordi fra l'assicurato ed il professionista diverse da quelle previste nel tariffario forense;**
- **spese legali o peritali derivanti da accordi transattivi non autorizzati espressamente da ARAG;**
- **spese legali derivanti dalla proposizione di querela.**

Art. 37 – Denuncia del caso assicurativo

L'assicurato deve **tempestivamente** denunciare il caso assicurativo ad:

ARAG

tel.: 045 829 0411

per l'invio della denuncia di sinistro:

fax: 045 829 0557

per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro:

fax 045 829 0449.

Art. 38 – Scelta del legale

L'assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui conferirà il mandato alla gestione della controversia indicandone il nominativo nella denuncia del caso assicurativo.

Il legale scelto deve essere iscritto nell'albo presso il foro della sede giudiziaria competente alla trattazione della causa.

Nel caso in cui l'assicurato non provveda a nominare il legale di fiducia, ARAG fornirà il nominativo di un professionista cui l'assicurato potrà conferire il mandato.

Sono coperte le spese per l'attività di un unico legale per ogni grado di giudizio.

Art. 39 – Mezzi e documenti di prova

Dopo la denuncia e la nomina del legale l'assicurato è tenuto a:

- **informarlo** in modo completo e veritiero di tutti i fatti;
- **indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari;**
- informare immediatamente ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del caso assicurativo e ad inviare la documentazione richiesta.

Art. 40 – Gestione del caso assicurativo

Ricevuta la denuncia, ARAG si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia.

Ove ciò non riesca, se le richieste dell'assicurato presentino possibilità di successo, la pratica viene trasmessa al legale scelto.

L'assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della controversia senza preventiva ed espressa autorizzazione di ARAG.

La nomina di consulenti tecnici di parte (periti) deve essere preventivamente autorizzata da ARAG.

In nessun caso ARAG e la Società sono responsabili dell'operato dei professionisti incaricati della gestione del caso assicurativo.

In caso di disaccordo tra l'assicurato e ARAG sulla gestione del sinistro, l'assicurato può demandare la decisione sul comportamento da tenere a un arbitro che decide secondo equità.

L'arbitro è designato di comune accordo tra le parti o, in mancanza di accordo, dal presidente del tribunale competente a norma del codice di procedura civile.

Ciascuna delle parti, in ogni caso, contribuisce alla metà delle spese arbitrali.

Art. 41 – Somme recuperate

I risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte all'assicurato a titolo di capitale ed interessi spettano integralmente all'assicurato.

Le competenze (onorari, diritti e spese) liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente in favore dell'assicurato spettano ad ARAG, qualora le abbia anticipate.

ASSISTENZA

Art. 42 – Oggetto della garanzia

La Società assicura le prestazioni dei servizi di assistenza indicate negli articoli seguenti.

La presente garanzia viene prestata soltanto se sia stata stipulata la garanzia malattia primaria (critical illness) e/o la garanzia indennitaria.

Nel caso in cui sia stata stipulata soltanto la garanzia malattia primaria, se quest'ultima cessa di avere efficacia ai sensi dell'art. 16 “Limitazione di garanzia dopo il secondo sinistro”, la garanzia assistenza cessa di avere efficacia alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso nella quale è cessata la garanzia malattia primaria e il contratto si intenderà risolto.

Art. 43 – Istruzioni per la richiesta di assistenza.

Dovunque si trovi in Italia e in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla centrale operativa al numero verde:

800 233 412

in funzione 24 ore su 24

oppure al numero:

015 255 9571

preceduto dal prefisso per l'Italia nel caso si trovi all'estero

Se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma al seguente indirizzo:

MAPFRE WARRANTY
Strada Trossi, 66
13871 VERRONE (BIELLA)

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- nome e cognome;
- numero di polizza preceduto dalla sigla “CATU”;
- servizio richiesto;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- recapito telefonico dove la centrale operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di sinistro.

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della centrale operativa.

Art. 44 – Erogazione delle prestazioni

Ogni prestazione deve essere preventivamente richiesta alla centrale operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Tutte le prestazioni non possono essere fornite più di tre volte entro ciascuna annualità assicurativa.

Le prestazioni all'estero saranno erogate solo entro i primi 90 giorni di permanenza continuativa all'estero.

Qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti a un termine di prescrizione di 2 anni dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.

La centrale operativa non si assume la responsabilità per i danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

Art. 45 – Accertamenti in caso di sinistro

L'assicurato s'impegna a collaborare al fine di consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire alla centrale operativa tutte le informazioni che si ritengano indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di assistenza.

La centrale operativa può richiedere all'assicurato – e lo stesso è tenuto a fornire integralmente – ogni

ulteriore documentazione ritenuta necessaria all'erogazione della prestazione.

Salvo quanto espressamente indicato, ogni documento deve sempre essere fornito in originale (escluse fotocopie).

L'assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa polizza, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della centrale operativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.

Art. 46 – Esclusioni

La garanzia non è operante per i sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalismo, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Le prestazioni non sono fornite negli stati che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- dolo dell'assicurato;
- suicidio o tentato suicidio;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- l'espianto e/o il trapianto di organi;
- malattie nervose e mentali, malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio; malattie insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'assicurato (malattie preesistenti); malattie e infortuni conseguenti e/o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.

ASSISTENZA BASE

Cura

Art. 47 – Informazioni sanitarie

La centrale operativa, su semplice richiesta telefonica dell'assicurato, tramite la propria equipe medica fornirà informazioni relativamente a:

- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicale e infettivologia;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, uffici competenti;
- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.) nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

La prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali.

Art. 48 – Consigli medici telefonici generici e specialistici

Se l'assicurato necessita di una consulenza medica generica o specialistica (cardiologica, geriatrica, ginecologica, neurologica, odontoiatrica, ortopedica o pediatrica) può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della centrale operativa, che forniranno informazioni e consigli e valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in favore dell'assicurato.

Art. 49 – Invio di un medico generico a domicilio o di un'autoambulanza

Se a seguito di malattia o infortunio l'assicurato, trovandosi in Italia, necessita di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o durante i giorni festivi e non riesca a reperirlo, la centrale operativa provvederà a inviare, a spese della Società, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la centrale operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. 50 – Trasporto in autoambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso Se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio, necessita di un trasporto in autoambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso, la centrale operativa provvederà a inviarla direttamente, tenendo a proprio carico la relativa spesa **fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 300 km di percorso complessivo (casa – ospedale e ritorno).**

Art. 51 – Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio, sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, la centrale operativa, previa analisi del quadro clinico dell'assicurato e d'intesa con il medico curante, provvederà a:

- individuare e prenotare, tenuto conto della disponibilità esistente, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'assicurato;
- organizzare il trasporto dell'assicurato con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario (**limitatamente al trasferimento in Paesi Europei**);
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
 - treno, prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza (senza limiti di chilometraggio);
- assistere l'assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico ove necessario.

Art. 52 – Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'assicurato, a seguito malattia o infortunio, in conseguenza della prestazione indicata all'art. 51 "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato", viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la centrale operativa provvederà al suo rientro con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe, e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla centrale operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se necessaria.

Art. 53 – Assistenza infermieristica presso l'istituto di cura

Se a seguito di malattia o infortunio l'assicurato, durante un periodo di ricovero in istituto di cura, necessita di essere assistito da un infermiere, la centrale operativa provvederà al suo reperimento. La Società ne assume le spese **fino a un massimo di euro 500,00 per assicurato e per anno.**

Art. 54 – Invio di medicinali urgenti

Se a seguito di malattia o infortunio l'assicurato necessita urgentemente, secondo parere del medico curante, di specialità medicinali che sono commercializzate in Italia ma irreperibili sul posto, la centrale operativa provvederà a inviarle con il mezzo più rapido (tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali).

Restano a carico dell'assicurato i costi dei prodotti medicinali stessi.

Convalescenza e riabilitazione**Art. 55 – Invio di un infermiere a domicilio**

Se l'assicurato, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero, necessita di essere assistito da un infermiere, la centrale operativa provvederà al suo reperimento.

La Società ne assume le spese **fino a un massimo di euro 500,00 per assicurato e per anno.**

Art. 56 – Invio di un fisioterapista a domicilio

Se l'assicurato, a seguito di una malattia o di un infortunio necessita di un fisioterapista al domicilio, la centrale operativa provvederà a inviarglielo a domicilio.

La Società ne assume le spese **fino a un massimo di euro 260,00 per sinistro.**

In viaggio**Art. 57 – Rientro sanitario (anche dall'estero)**

Se a seguito di malattia o infortunio le condizioni dell'assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della centrale operativa e il medico curante sul posto, rendono necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la centrale operativa provvederà a effettuare il trasporto con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente e scelto tra uno dei seguenti:

- aereo sanitario (**limitatamente al trasferimento in Paesi Europei**);
- aereo di linea classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla centrale operativa e le spese relative restano a carico della Società, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, ove necessaria.

Se l'assicurato è rientrato a spese della Società, la centrale operativa ha diritto di richiedergli, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o le lesioni che, a giudizio dei medici curanti, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali.

La prestazione inoltre non è dovuta nel caso in cui l'assicurato o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'assicurato è ricoverato.

Art. 58 – Rientro anticipato

Se l'assicurato, trovandosi in viaggio, rientra alla propria residenza prima della data che aveva programmato e con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa della morte avvenuta in Italia, come da data risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, la centrale operativa provvederà a fornirgli, con spese a carico della Società, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, affinché possa raggiungere il luogo dove è deceduto in Italia il familiare o dove viene sepolto.

Nel caso in cui l'assicurato viaggiasse con un minore, **purchè assicurato**, la centrale operativa provvederà a far rientrare entrambi. Se l'assicurato si trovasse nella impossibilità a utilizzare il proprio veicolo per rientrare anticipatamente, la centrale operativa gli metterà a disposizione un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare successivamente il veicolo stesso.

Sono esclusi i casi in cui l'assicurato non possa fornire alla centrale operativa adeguate informazioni sui motivi che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato.

Art. 59 – Rimpatrio salma

Se a seguito di malattia o infortunio l'assicurato è deceduto, la centrale operativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese **fino a un massimo di euro 5.000,00 per sinistro, anche se sono coinvolti più assicurati. Se tale prestazione comporta un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la centrale operativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre nonché l'eventuale recupero della salma.**

Art. 60 – Prolungamento del soggiorno all'estero

Se l'assicurato in viaggio non è in grado di intraprendere il rientro al proprio domicilio alla scadenza stabilita in conseguenza di malattia o infortunio, la centrale operativa organizzerà il prolungamento del soggiorno in albergo tenendo la Società a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione **fino a un massimo di 3 giorni successivi alla data stabilita per il rientro e fino a un massimo di euro 100,00 al giorno per assicurato.**

La prestazione è operante quando il sinistro si verifica all'estero.

Art. 61 – Rientro degli altri assicurati

In caso di rientro sanitario dell'assicurato in base alle condizioni previste nel precedente art. 57 "Rientro sanitario (anche dall'estero)", se le persone in viaggio con l'assicurato, purchè anch'esse assicurate, non sono in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la centrale operativa provvede a fornire loro un biglietto ferroviario, prima classe, o aereo, classe economica, per rientrare alla propria residenza in Italia.

La Società terrà a proprio carico il costo dei biglietti:

- **fino a un importo massimo di euro 200,00 per assicurato se il viaggio di rientro avviene dall'Italia;**
- **fino a un importo massimo di euro 400,00 per assicurato se il viaggio di rientro avviene dai restanti Paesi.**

La Società avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

Art. 62 – Assistenza di un interprete all'estero

Se l'assicurato in viaggio, in caso di ricovero in ospedale per malattia o infortunio, trova difficoltà a comunicare nella lingua locale, la centrale operativa provvederà a inviare un interprete.

La Società terrà a proprio carico le spese per un massimo di 8 ore lavorative per sinistro.

Art. 63 – Viaggio di un familiare e spese di soggiorno

Se a seguito di malattia o infortunio l'assicurato necessita di un ricovero in un istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la centrale operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'assicurato ricoverato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo. Se l'assicurato necessita di assistenza personale, la centrale operativa provvederà inoltre a ricercare e prenotare un albergo per il familiare tenendo la Società a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione **fino a un massimo di euro 100,00 per sinistro.**

Art. 64 – Anticipo spese mediche

Se l'assicurato deve sostenere delle spese mediche impreviste e non gli è possibile provvedere direttamente e immediatamente, la centrale operativa anticipa, per conto dell'assicurato, il pagamento delle fatture a esse relative **fino a un importo massimo di euro 500,00 per sinistro.**

Se l'ammontare delle fatture supera l'importo di euro 500,00, la prestazione viene fornita dopo che siano date alla centrale operativa garanzie di restituzione delle somme stesse.

L'importo delle fatture pagate dalla centrale operativa non potrà mai comunque superare la somma di euro 2.600,00.

La prestazione viene fornita a condizione che l'assicurato sia in grado di fornire adeguate garanzie per la restituzione della somma anticipata.

La prestazione non è operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'assicurato.

L'assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.

L'assicurato deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato.

Single

Art. 65 – Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente

Se l'assicurato convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi a seguito di malattia o infortunio, la centrale operativa provvederà a inviare presso il domicilio dell'assicurato un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente.

La Società terrà a proprio carico l'onorario fino a un massimo di euro 250,00 per sinistro.

Art. 66 – Pensione per animali domestici

Se a seguito di malattia o infortunio l'assicurato deve ricoverarsi presso un istituto di cura e nessuno può prendersi cura degli animali domestici (cane e/o gatto) di sua proprietà, la centrale operativa provvederà a ricercare una pensione per tali animali. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa **per un massimo di 15 giorni per sinistro.**

Famiglia

Art. 67 – Accompagnamento di minori

Se l'assicurato in viaggio accompagnato da minori di 15 anni, purché assicurati, si trova nell'impossibilità di occuparsi di loro in seguito a malattia o infortunio, la centrale operativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere a un familiare residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. La Società terrà a proprio carico il relativo costo. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

L'assicurato deve comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare affinché la centrale operativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

Art. 68 – Baby sitter per minori

Se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio, viene ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni, oppure, a seguito di un ricovero in istituto di cura, è temporaneamente invalido, e pertanto impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 anni, la centrale operativa segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova l'assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali. La Società terrà a proprio carico le relative spese **fino a un massimo di euro 250,00 per sinistro.**

Art. 69 – Collaboratrice familiare

Se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio, è stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni e sia temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la centrale operativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova compatibilmente con le disponibilità locali. La Società terrà a proprio carico le relative spese **fino a un massimo di euro 250,00 per sinistro.**

Art. 70 – Consulenza pediatrica

Se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio del proprio figlio necessita di un consulto telefonico urgente e non riesce a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della centrale operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

SECONDO PARERE MEDICO

Art. 71 – Secondo parere medico

Se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeuticamente, necessita di consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute, potrà contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della centrale operativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

La centrale operativa metterà in contatto l'assicurato, o il medico curante, con la centrale di telemedicina.

Per beneficiare della prestazione, **l'assicurato o il medico curante dovranno spiegare ai medici della centrale di telemedicina il caso clinico per il quale richiede l'approfondimento o la seconda opinione medica.** I medici della centrale di telemedicina, inquadrato il caso con l'assicurato o il medico curante, procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria ed elaborano i quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti.

La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa al centro medico internazionale di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche e ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, formula una risposta scritta, che verrà inviata all'assicurato entro 40 giorni per il tramite della centrale operativa.

Entro 7 giorni dalla data di ricevimento della seconda opinione medica è facoltà dell'assicurato chiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della centrale operativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del centro medico internazionale di riferimento mediante collegamento telefonico o videoconferenza.

Concordata con la centrale di telemedicina e con il medico curante la necessità della videoconferenza, la centrale operativa metterà a disposizione dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante,) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla centrale di telemedicina, alla videoconferenza. **La Società terrà a proprio carico le relative spese sino a un massimo di euro 500,00 per sinistro.**

La prestazione è operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Art. 72 – Assistenza domiciliare integrata

Le seguenti prestazioni sono operanti a seguito di ricovero della durata di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, dovuto a malattia o infortunio. Le modalità per l'accesso alle seguenti prestazioni verranno definite dalla centrale operativa in accordo con l'assicurato e il medico curante e a tal fine la centrale operativa **dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare le prestazioni stesse.**

- **Ospedalizzazione domiciliare**

La centrale operativa organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico **per un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.**

- **Prestazioni professionali**

In caso di necessità la centrale operativa provvede a inviare al domicilio dell'assicurato del personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale) **fino a un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.**

- **Servizi sanitari**

Se l'assicurato necessita di eseguire presso il proprio domicilio prelievi di sangue, ecografie, esami radiografici e altri accertamenti diagnostici eseguibili a domicilio e di usufruire al proprio domicilio della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la centrale operativa provvederà a organizzare i servizi richiesti **fino a un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.**

- **Servizi non sanitari**

Se l'assicurato necessita di svolgere incombenze connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana quali pagamento di bollettini postali, acquisto di generi di prima necessità, disbrigo di incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, la centrale operativa provvederà a organizzare i servizi richiesti **fino a un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.**



SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETA' COOPERATIVA
SEDE LEGALE E DIREZIONE GENERALE:
LUNGADIGE CANGRANDE, 16 - 37126 VERONA (ITALIA)
TEL. 045 8 391 111 - FAX 045 8 391 112

www.cattolica.it

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 391 111 - Fax 045 8 391 112 - Pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - C.F./P.I. e n. di iscriz. al reg. delle imprese di VR 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di VR n. 9962 - Soc. iscritta all'Albo delle Soc. Coop. al n. A100378 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012 - Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa aut. all'eserc. delle assic. a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923

www.cattolica.it