

CATTOLICA&SALUTE

PIÙSALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Le presenti Condizioni di Assicurazione
MOD. CPIUS 2 - ED. 25/11/2016
sono parte integrante della Nota Informativa
MOD. CPIUS 5**



INDICE

DEFINIZIONI.....	3
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	6
RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI.....	9
<i>Garanzia base</i>	9
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	12
<i>Garanzia base</i>	12
VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DI ALTA DIAGNOSTICA E TRATTAMENTI TERAPEUTICI AMBULATORIALI.....	14
<i>Garanzie aggiuntive</i>	14
DIARIA DA RICOVERO.....	16
<i>Garanzia base</i>	16
ESCLUSIONI.....	17
DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO.....	18
PROTEZIONE LEGALE DEL PAZIENTE.....	21
<i>Garanzia base</i>	21
DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO GARANZIA PROTEZIONE LEGALE DEL PAZIENTE.....	22
ASSISTENZA BASE, SECONDO PARERE MEDICO E TELEMEDICINA.....	23
ASSISTENZA BASE.....	25

<i>Cura</i>	25
<i>Convalescenza e riabilitazione</i>	26
<i>In viaggio</i>	26
<i>Single</i>	28
<i>Famiglia</i>	28
SECONDO PARERE MEDICO.....	30
SERVIZI DI TELEMEDICINA.....	32
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	37

DEFINIZIONI

Definizioni valide per l'assicurazione in generale

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Cartella clinica

Documento ufficiale, atto pubblico o altra documentazione medica equivalente, redatta durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità dell'assicurato per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale operativa

La struttura di Mapfre Warranty SpA costituita da medici, tecnici, operatori, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima:

- al contatto telefonico con l'assicurato;
- ad organizzare ed erogare le prestazioni di assistenza previste nel contratto;
- ad organizzare i ricoveri presso gli istituti di cura convenzionati.

Centrale di telemedicina

La struttura di Medic4All costituita da medici tecnici e operatori specializzati nell'erogazione delle prestazioni di telemedicina.

Contraente

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

Contributo unificato

Il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari (art. 9 Legge n. 488 del 23 dicembre 1999 - Decreto Legge n. 28 dell'11 marzo 2002).

Day hospital

La permanenza diurna in un istituto di cura (senza pernottamento) con finalità terapeutiche o chirurgiche. Non è considerato day hospital la permanenza in istituto presso il Pronto Soccorso.

È escluso il day hospital diagnostico, anche se praticato chirurgicamente, salvo non sia direttamente connesso con un ricovero o un intervento chirurgico, anche ambulatoriale, e sia effettuato entro i 60 giorni precedenti e i 180 giorni successivi. Inoltre è compreso il day hospital diagnostico, qualora sia stata scelta la garanzia aggiuntiva visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali, entro i termini previsti da tale garanzia.

Durata

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

Emergenza sanitaria all'estero

Situazione improvvisa conseguente a infortunio o malattia, non prevedibile prima del viaggio all'estero che richieda, nella località straniera dove si manifesta, un intervento di Pronto Soccorso ospedaliero urgente e non differibile.

Franchigia

La parte di danno espressa in misura fissa che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato.

Per la garanzia aggiuntiva visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali, la franchigia è relativa all'insieme di tutte le visite specialistiche, gli esami di alta diagnostica e i trattamenti

terapeutici sostenuti dall'assicurato nell'arco dell'annualità assicurativa.

Indennità/Indennizzo

La somma che la Società è tenuta a corrispondere all'assicurato in caso di sinistro.

Infortunio

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

Istituto di cura

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza, per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

Istituti di cura convenzionati

Gli ospedali, le cliniche e le case di cura convenzionate con la centrale operativa, presso i quali l'assicurato può usufruire del servizio di pagamento diretto.

La verifica delle cliniche convenzionate deve essere effettuata dall'assicurato, contattando telefonicamente e preventivamente la centrale operativa.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale / Sottomassimale

La somma massima, stabilita nel contratto, che la Società è tenuta a corrispondere all'assicurato in caso di uno o più sinistri avvenuti nello stesso anno assicurativo.

Medic4All

La società di servizi che tramite la propria centrale di telemedicina eroga servizi di supporto medico a distanza utilizzando tecnologie biomedicali e di telecomunicazioni. Commercializza diversi sistemi di monitoraggio audio video e biodati archiviando i diversi parametri in cartelle mediche e in particolare nella cartella medica personale multilingue.

Parti

Il contraente e la Società.

Polizza

Il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio

La prestazione in denaro dovuta dal contraente alla Società.

Prestazioni

Per la garanzia assistenza: i servizi prestati dalla centrale operativa all'assicurato.

Protezione legale del paziente

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

Questionario anamnestico

Il documento che descrive lo stato di salute dell'assicurato secondo le dichiarazioni da lui rilasciate e che forma parte integrante della polizza.

Ricovero

La permanenza in un istituto di cura (quest'ultima deve prevedere almeno un pernottamento) o il day hospital.

Rischio

La possibilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto

La percentuale del danno che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato.

In caso di sinistro la cui liquidazione preveda lo scoperto e la franchigia, sarà applicato prima lo scoperto e poi la franchigia nelle modalità contrattuali previste.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

Nelle garanzie ricoveri e interventi chirurgici, grandi interventi chirurgici e visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali, il termine sinistro indica il sorgere di un debito in capo all'assicurato per spese sanitarie relative a prestazioni rese necessarie successivamente alla conclusione del contratto e conseguenti a malattia, infortunio o parto.

Nella garanzia diaria da ricovero il termine sinistro indica il ricovero dell'assicurato in un istituto di cura reso necessario successivamente alla conclusione del contratto e conseguente a malattia, infortunio o parto.

Nella garanzia protezione legale del paziente, 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 ubbriachezza l'assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcolemico superiore alla limitazione della Legge vigente.

Unico caso assicurativo

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Persone assicurate

Gli assicurati possono avere fino a 70 anni di età.

Qualora l'assicurato si avvalga della facoltà di sottoscrivere un nuovo contratto, senza possibilità di disdetta da parte della Società, prevista dall'art. 8 "Rinnovo per gli assicurati in copertura da almeno 10 anni", il limite di età è elevato a 75 anni.

Nel caso in cui l'assicurato compia nel corso dell'annualità assicurativa 70 anni, o 75 se previsto, il contratto conserverà efficacia fino alla scadenza annuale successiva.

Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più assicurati, poiché il superamento del limite d'età anche di un solo assicurato comporta l'annullamento dell'intero contratto, la Società si impegna, per gli assicurati che non hanno superato il limite di età, a contrarre una nuova polizza, alle medesime condizioni della polizza annullata.

Resta ferma la possibilità di contrarre la nuova polizza secondo quanto previsto dall'art. 8 "Rinnovo per gli assicurati in copertura da almeno 10 anni", qualora gli assicurati abbiano maturato i requisiti indicati nell'articolo.

Non sono assicurabili i soggetti affetti da:

- dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci non conseguenti a terapie mediche);
- infezioni da HIV;
- sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

L'assicurato è obbligato a comunicare tale sopravvenienza alla Società ai sensi dell'art. 1898 del codice civile.

La sopravvenienza di tali dipendenze e/o affezioni nel corso della copertura assicurativa è causa di risoluzione dell'intero contratto, che cesserà dalla prima scadenza annuale successiva. L'eventuale ed erroneo incasso dei premi successivi, non costituisce manifestazione di volontà della Società di continuare il contratto e i relativi premi verranno rimborsati.

La Società comunque riconoscerà all'assicurato un importo una tantum di euro 5.000,00 per consentire all'assicurato di poter effettuare le cure richieste dalla patologia.

Art. 2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 3 - Estensione territoriale

L'assicurazione ha efficacia:

- a) in Italia;
- b) **all'estero, come di seguito indicato.**

A. Ricorso alle cliniche estere per interventi programmati

Per gli interventi "programmati", intendendosi per tali i viaggi all'estero allo scopo di effettuare delle cure presso le strutture estere, la Società offre la copertura **purché gli istituti di cura siano convenzionati con la Società e previo accordo con la centrale operativa.**

La copertura non è quindi operante se la clinica non è convenzionata o, seppur convenzionata, se l'assicurato non ha preventivamente contattato la centrale operativa.

Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, i costi relativi all'equipe medica non verranno rimborsati.

Nel caso in cui l'assicurato abbia richiesto l'autorizzazione ad essere ricoverato all'estero all'UsI di appartenenza, ottenendo il parere positivo e la partecipazione al costo da parte del Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvederà a rimborsare le spese rimaste a carico dell'assicurato anche se la clinica non dovesse essere con essa convenzionata.

B. Necessità di cure se l'assicurato si trova all'estero per lavoro, studio, vacanza

Se l'assicurato si trova all'estero per motivi di lavoro, studio o vacanza, e avesse bisogno per motivi non

programmati di una delle prestazioni di polizza, la Società offrirà la copertura presso le cliniche convenzionate con la Società e previo accordo con la centrale operativa.

Se non viene preventivamente attivata la centrale operativa e/o si utilizza una clinica non convenzionata con la Società verrà applicato **uno scoperto del 15% sui costi sostenuti**.

Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, verrà applicato tale scoperto sul solo costo dell'equipe medica.

Tuttavia, se il contatto con la centrale operativa per ricorrere alla clinica convenzionata non è possibile per motivi di **emergenza medica**, non verrà applicato tale scoperto.

La copertura è operativa fino a **180 giorni di permanenza continuativa all'estero. Oltre tale termine, la copertura non è in ogni caso operante all'estero.**

Se il viaggio all'estero è dovuto a motivi di lavoro o studio che richiedono una lunga permanenza, non deve intendersi interruzione della durata ai fini del conteggio dell'operatività della copertura, il rientro temporaneo in Italia durante la momentanea sospensione dell'attività di lavoro o studio.

Art. 4 - Decorrenza del contratto

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sul contratto se il premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo.

Art. 5 - 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. 6 - Durata del contratto

Il contratto ha la durata indicata nella scheda di polizza.

Art. 7 - Proroga del contratto

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.

Se il contratto è stato emesso come previsto all'art. 8 "Rinnovo per gli assicurati in copertura da almeno 10 anni", la Società rinuncia a tale facoltà di disdetta.

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 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 annuale del contratto.

Se il contraente non comunicherà alla Società di accettare espressamente le nuove condizioni di assicurazione e/o il nuovo premio entro la scadenza contrattuale, il contratto si intenderà risolto alla sua scadenza.

Art. 8 - Rinnovo per gli assicurati in copertura da almeno 10 anni

Al termine della scadenza contrattuale se l'assicurato:

- ha in corso da almeno 10 anni la copertura assicurativa con il prodotto Cattolica&Salute - PiùSalute,
- oppure ha in corso la copertura da almeno 5 anni con Cattolica&Salute - PiùSalute, che sostituisce o un

prodotto Cattolica denominato "Salute più Card" o "Primaria" o un prodotto di Duomo Uni One S.p.A. (ora Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa), stipulato per il rimborso di spese sanitarie e/o per la corresponsione di una diaria di ricovero in istituto di cura, e la durata complessiva della copertura prestata dalla Società dalla data di stipulazione del primo contratto è di almeno 10 anni, la Società si obbliga, a richiesta del contraente, a contrarre una nuova polizza e a rinunciare alla facoltà di disdetta prevista dall'art. 7 "Proroga del contratto", fino alla scadenza dell'annualità immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età.

Le condizioni di rinnovo sono le seguenti:

- non potrà essere prestata la garanzia di "Ricoveri e Interventi Chirurgici". Se la copertura in corso prevede questa garanzia, sarà prestata in sostituzione la garanzia "Grandi Interventi Chirurgici";
- se la copertura è in corso con la sola garanzia di "Diaria da Ricovero", con eventualmente in aggiunta le sole garanzie di "Protezione Legale" e "Assistenza", la nuova polizza non potrà prevedere la garanzia "Grandi Interventi Chirurgici";
- se la nuova polizza prevede la garanzia "Visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali", questa opererà solo per l'alta diagnostica e i trattamenti terapeutici ambulatoriali ma con un massimale duplicato rispetto a quello della precedente polizza;
- le condizioni di premio e normative saranno quelle vigenti per il prodotto Cattolica&Salute - PiùSalute al momento della nuova sottoscrizione o dell'analogo prodotto commercializzato in sostituzione;
- verranno mantenute le eventuali limitazioni già in corso sul contratto precedente, ma non potranno essere fatte ulteriori esclusioni derivanti dalle modifiche delle condizioni sanitarie dell'assicurato.

Il contraente dovrà sottoscrivere la nuova polizza o richiedere per iscritto di avvalersi di tale facoltà entro 30 giorni dalla scadenza della polizza.

Nel caso il contraente non si avvalga di tale facoltà il contratto prosegue alle condizioni in corso, con facoltà della Società di disdire il contratto alle condizioni previste dall'art. 7 "Proroga del contratto".

Art. 9 - Modifiche della centrale operativa e dei fornitori delle prestazioni di assistenza e protezione legale del paziente

I cambiamenti delle società che forniscono i servizi di convenzionamento, assistenza e protezione legale non influiscono sulla validità ed efficacia della presente polizza.

Art. 10 - Recesso in caso di sinistro

In caso di sinistro, il contraente ha la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto di pagamento dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato alla Società con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In caso di recesso la Società rimborsa al contraente, entro 15 giorni dalla data di annullazione del contratto, la parte di premio imponibile versata (esclusi i diritti) e non goduta.

Art. 11 - 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. 12 - 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. 13 - Foro competente

Per ogni controversia derivante dall'applicazione del presente contratto è competente il foro ove il contraente e/o assicurato hanno la sede o la residenza o il domicilio elettivo.

Art. 14 - Rinvio alle norme di legge

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

RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI

Garanzia base

Art. 15 - Oggetto della garanzia

La Società provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie di seguito indicate, sostenute in istituti di cura non convenzionati, salvo i limiti previsti dall'art. 3 "Estensione territoriale" per quanto riguarda l'estero;
- al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate e previo accordo con la centrale operativa, salvo quanto previsto dall'art. 3 "Estensione territoriale" per quanto riguarda l'estero;

in seguito a ricovero, con o senza intervento chirurgico, o intervento chirurgico anche ambulatoriale, per:

- malattia,
- infortunio,
- parto,

fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda di polizza con i limiti di seguito indicati e con l'applicazione della franchigia indicata nella scheda di polizza.

Le spese sanitarie in copertura sono:

- rette di degenza, **escluse le spese non direttamente connesse alla cura o all'intervento (quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristoranti e simili),**
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente dell'equipe operatoria,
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento,
- apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento,
- assistenza medica e infermieristica,
- cure, trattamenti fisioterapici rieducativi,
- medicinali ed esami,

sostenute presso l'istituto di cura durante il ricovero.

Si precisa che sono in copertura:

- **fino a un massimo di euro 8.000,00 il parto cesareo;**
- **fino a un massimo di euro 6.000,00 i ricoveri, con o senza intervento chirurgico, e intervento chirurgico ambulatoriale, relativi a:**
 - **parto naturale;**
 - **interventi su tonsille e adenoidi;**
 - **appendiciti;**
 - **emorroidi;**
 - **varici;**
 - **ernie;**
 - **cataratta.**

Art. 16 - Estensioni di garanzia (automaticamente operanti)

Diaria sostitutiva

Se l'assicurato non sostiene alcuna spesa sanitaria a seguito di intervento chirurgico e/o ricovero, la Società provvede al pagamento di una diaria pari a euro 150,00 per ogni giorno di ricovero.

Questa diaria viene corrisposta al massimo per **100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**

Nel conteggio dei giorni sono compresi eventuali permessi medici.

Per tale estensione di garanzia non è operativo l'eventuale scoperto previsto per il ricovero all'estero di cui al punto B) dell'art. 3 "Estensione territoriale" e non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese precedenti al ricovero con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale

La Società offre la copertura delle spese sostenute per accertamenti diagnostici e onorari dei medici sostenuti nei 60 giorni precedenti al ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale purché direttamente connesse con la patologia o l'infortunio che ha determinato il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale.

Per questa estensione di garanzia non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese successive al ricovero con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale

La Società offre la copertura delle spese per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, esami, acquisto di

medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 180 giorni successivi al ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale, purché direttamente connesse con la patologia o l'infortunio che ha determinato il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale.

In caso di spese sostenute all'estero, fermo quanto previsto dall'art. 3 "Estensione territoriale" il totale delle spese sostenute per questa estensione di garanzia viene rimborsato per un massimo di euro 4.000,00 per anno assicurativo.

Per questa estensione di garanzia non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese per apparecchi e ausili

La Società offre la copertura delle spese sostenute a seguito di un intervento chirurgico o un ricovero per:

- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- l'acquisto, la manutenzione, la riparazione e il noleggio, di carrozzelle ortopediche, di apparecchi terapeutici e/o di mezzi ausiliari a sostegno di handicap.

Sono comprese le spese sostenute fino a un massimo di euro 3.000,00 per anno assicurativo, sempreché risultino previste nella lettera o documentazione di dimissione.

La garanzia non è operante per le spese sostenute successivamente alla cessazione della copertura assicurativa.

Per questa estensione di garanzia non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese per il trapianto d'organi

La Società offre la copertura delle spese sanitarie rese necessarie dal trapianto d'organi sull'assicurato. Sono comprese anche le spese per l'espianto degli organi dal donatore vivente.

Per questa estensione di garanzia opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese per l'accompagnatore

La Società offre una copertura per le spese di vitto e pernottamento per un accompagnatore dell'assicurato ricoverato presso un istituto di cura. L'istituto di cura deve essere situato ad oltre 50 km dalla residenza dell'accompagnatore. Tale limite di chilometraggio non sarà operativo se il ricovero riguarda uno dei grandi interventi chirurgici indicati nell'elenco di cui all'allegato.

Sono comprese le spese sostenute per il massimo di 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo, e con il limite di euro 100,00 giornaliera.

Per tale estensione di garanzia non è operativo l'eventuale scoperto previsto per il ricovero all'estero di cui al punto B) dell'art. 3 "Estensione territoriale" e non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese per cure psicoterapiche

La Società offre la copertura delle spese per le cure psicoterapiche rese necessarie a seguito di un grande intervento chirurgico (vedi elenco "Grandi interventi chirurgici"). Sono comprese le spese sostenute presso uno psicologo o uno psichiatra **effettuate 60 giorni prima e 300 giorni dopo il grande intervento chirurgico e fino a un massimo di euro 2.000,00 per patologia o infortunio che ha reso necessario l'intervento.**

Per questa estensione di garanzia non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Diaria per ricovero contemporaneo dei coniugi

In caso di ricovero contemporaneo con almeno un pernottamento, anche per eventi diversi, dei coniugi o conviventi entrambi assicurati:

- con figli minori, o
- con figli portatori di handicap, o
- con familiari anziani che richiedono cure e assistenza giornaliera da parte di uno dei coniugi.

La Società provvede al pagamento di una diaria pari a euro 100,00 a coppia per ogni giorno di ricovero al massimo per **100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**

Per tale estensione di garanzia non è operativo l'eventuale scoperto previsto per il ricovero all'estero di cui al punto B) dell'art. 3 "Estensione territoriale" e non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Bimbo in arrivo

Per tutte le donne assicurate, in caso di gravidanze che hanno avuto inizio dopo la conclusione del contratto, la Società estende la garanzia anche agli interventi chirurgici sul figlio in arrivo.

Per questa estensione di garanzia opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Neonato

Per tutte le donne assicurate, in caso di gravidanze che hanno avuto inizio dopo la conclusione del contratto, la Società estende la garanzia anche al figlio neonato. Sono in copertura tutti gli interventi chirurgici e i ricoveri effettuati **nei suoi primi due anni di vita e fino a un massimo di euro 25.000,00 per anno.**

Per questa estensione di garanzia opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Sostegno alle vittime di violenze fisiche

La Società offre la copertura delle spese per le cure psicoterapiche sostenute dall'assicurato che ha subito violenze da terzi. Tali violenze devono aver comportato:

- un ricovero con o senza intervento chirurgico, anche ambulatoriale. In caso di violenza sessuale è sufficiente il day hospital o il referto medico del pronto soccorso;
- la denuncia alle autorità competenti.

Sono comprese le spese sostenute **fino a un massimo di euro 3.500,00 per anno assicurativo ed entro 180 giorni dalla denuncia del sinistro.**

Per questa estensione di garanzia non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Garanzia base

Art. 17 - Oggetto della garanzia

La Società provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie di seguito indicate, sostenute in istituti di cura non convenzionati, salvo i limiti previsti dall'art. 3 "Estensione territoriale", per quanto riguarda l'estero;
 - al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate e previo accordo con la centrale operativa, salvo quanto previsto dall'art. 3 "Estensione territoriale" per quanto riguarda l'estero,
- in seguito a grande intervento chirurgico, intendendosi come tali gli interventi di cui all'elenco allegato per:

- malattia,
- infortunio,

fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda di polizza con i limiti di seguito indicati e con l'applicazione della franchigia indicata nella scheda di polizza.

Le spese sanitarie in copertura sono:

- rette di degenza, **escluse le spese non direttamente connesse alla cura o all'intervento (quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristoranti e simili),**
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente dell'equipe operatoria,
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento,
- apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento,
- assistenza medica ed infermieristica,
- cure, trattamenti fisioterapici rieducativi,
- medicinali ed esami,

sostenute presso l'istituto di cura durante il ricovero.

Art. 18 - Estensioni di garanzia (automaticamente operanti)

Diaria sostitutiva

Se l'assicurato non sostiene alcuna spesa sanitaria in seguito di grande intervento chirurgico, la Società provvede al pagamento di una diaria pari a euro 150,00 per ogni giorno di ricovero.

Questa diaria viene corrisposta al massimo per **100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**

Nel conteggio dei giorni sono compresi eventuali permessi medici.

Per tale estensione di garanzia non è operativo l'eventuale scoperto previsto per il ricovero all'estero di cui al punto B) dell'art. 3 "Estensione territoriale" e non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese precedenti al grande intervento chirurgico

La Società offre la copertura delle spese sostenute per accertamenti diagnostici e onorari dei medici sostenuti nei 60 giorni precedenti al grande intervento chirurgico purché direttamente connesse con la patologia o l'infortunio che ha determinato il grande intervento chirurgico.

Per questa estensione di garanzia non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese successive al grande intervento chirurgico

La Società offre la copertura delle spese per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 180 giorni successivi al grande intervento chirurgico, purché direttamente connesse con la patologia o l'infortunio che ha determinato il grande intervento chirurgico.

In caso di spese sostenute all'estero, fermo quanto previsto dall'art. 3 "Estensione territoriale" il totale delle spese sostenute per questa estensione di garanzia viene rimborsato per un massimo di euro 4.000,00 per anno assicurativo.

Per questa estensione di garanzia non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese per apparecchi e ausili

La Società offre la copertura delle spese sostenute a seguito di un grande intervento chirurgico per:

- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- l'acquisto, la manutenzione, la riparazione e il noleggio di carrozzelle ortopediche e di mezzi ausiliari a sostegno di handicap;

- l'acquisto di apparecchi terapeutici.

Sono comprese le spese sostenute fino a un massimo di euro 3.000,00 per anno assicurativo, semprechè risultino previste nella lettera o documentazione di dimissione.

La garanzia non è operante per le spese sostenute successivamente alla cessazione della copertura assicurativa.

Per questa estensione di garanzia non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese per il trapianto d'organi

La Società offre la copertura delle spese sanitarie rese necessarie dal trapianto d'organi sull'assicurato.

Sono comprese anche le spese per l'espianto degli organi dal donatore vivente.

Per questa estensione di garanzia opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese per l'accompagnatore

La Società offre la copertura delle spese per il vitto e il pernottamento di chi accompagna l'assicurato ricoverato presso un istituto di cura per un grande intervento chirurgico. L'istituto di cura deve essere situato ad oltre 50 km dalla residenza dell'accompagnatore. Tale limite di chilometraggio non sarà operativo se il ricovero riguarda uno dei grandi interventi chirurgici indicati nell'elenco di cui all'allegato.

Sono comprese le spese sostenute per il massimo di 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo, e con il limite di euro 100,00 giornaliero.

Per tale estensione di garanzia non è operativo l'eventuale scoperto previsto per il ricovero all'estero di cui al punto B) dell'art. 3 "Estensione territoriale" e non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese per cure psicoterapiche

La Società offre la copertura delle spese per le cure psicoterapiche rese necessarie a seguito di un grande intervento chirurgico (vedi elenco "Grandi interventi chirurgici"). Sono comprese le spese sostenute presso uno psicologo o uno psichiatra effettuate **60 giorni prima e 300 giorni dopo il grande intervento chirurgico e fino a un massimo di euro 2.000,00 per patologia o infortunio che ha reso necessario l'intervento.**

Per questa estensione di garanzia non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Diaria per ricovero contemporaneo dei due coniugi

In caso di ricovero contemporaneo, anche per eventi diversi comunque in copertura, a seguito di un grande intervento chirurgico, dei coniugi o conviventi entrambi assicurati:

- con figli minori, o
- con figli portatori di handicap, o
- con familiari anziani che richiedono cure ed assistenza giornaliera da parte di uno dei due coniugi.

La Società provvede al pagamento di una diaria pari a euro 100,00 a coppia per ogni giorno di ricovero al massimo per **100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**

Per tale estensione di garanzia non è operativo l'eventuale scoperto previsto per il ricovero all'estero di cui al punto B) dell'art. 3 "Estensione territoriale" e non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DI ALTA DIAGNOSTICA E TRATTAMENTI TERAPEUTICI AMBULATORIALI

Garanzia aggiuntiva

Art. 19 - Oggetto della garanzia

La Società provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura non convenzionati, salvo i limiti previsti dall'art. 3 "Estensione territoriale" per quanto riguarda l'estero;
- al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate e previo accordo con la centrale operativa, salvo quanto previsto dall'art. 3 "Estensione territoriale" per quanto riguarda l'estero;

in caso di visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici eseguiti ambulatorialmente e indipendenti da ricovero o intervento chirurgico, per:

- malattia,
- infortunio,
- parto,

fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda di polizza e con l'applicazione della franchigia di euro 500,00 per anno assicurativo.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Sono in copertura esclusivamente le visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici di seguito elencati:

- a) le seguenti visite specialistiche, anche se eseguite in regime di day hospital:
 - analisi ed esami diagnostici;
 - onorari medici per visite specialistiche o per consulti.
- b) i seguenti esami di alta diagnostica, anche se eseguiti in regime di day hospital:
 - angiografia;
 - arteriografia;
 - artrografia;
 - broncoscopia;
 - cisternografia;
 - cistografia;
 - clisma opaco;
 - colangiografia + colangiografia percutanea;
 - colecistografia;
 - coronarografia;
 - dacriocistografia;
 - densitometria ossea (MOC);
 - ecocardiografia da sforzo;
 - ecocontrastografia;
 - elettromiografia (EMG);
 - endoscopia apparato digerente ed urologico;
 - fistelografia;
 - fluorangiografia oculare;
 - galattografia;
 - isterosalpingografia;
 - linfografia;
 - mielografia;
 - pneumoencefalografia;
 - R MN;
 - scialografia con contrasto;

- scintigrafia;
 - splenoportografia;
 - tomografia assiale computerizzata (TAC);
 - tomografia a emissione di positroni (PET);
 - urografia;
 - vesciculodeferentografia.
- c) i seguenti trattamenti terapeutici, anche se eseguiti in regime di day hospital:
- terapia radiante a scopo antitumorale;
 - polichemioterapia antitumorale;
 - cobaltoterapia;
 - dialisi.

A deroga dell'art. 22 "Rischi esclusi", è incluso nella presente garanzia l'esercizio di medicine e pratiche non convenzionali, limitatamente all'agopuntura, all'osteopatia ed alla chiropratica, purché prescritte e praticate da medico chirurgo abilitato all'esercizio della professione e riconosciuto dal SSN.

Sono escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche nonché le visite specialistiche dietologiche con finalità estetica.

Nel caso la polizza sia stata emessa in base a quanto previsto dall'art. 8 "Rinnovo per gli assicurati in copertura da almeno 10 anni", questa garanzia aggiuntiva opererà solo per gli esami di alta diagnostica e i trattamenti terapeutici con un massimale duplicato rispetto a quello della precedente polizza (in polizza apparirà a fianco della dicitura Convenzione il testo "RINNO GARANT").

DIARIA DA RICOVERO

Garanzia base

Art. 20 - Oggetto della garanzia

La Società corrisponde all'assicurato la diaria giornaliera indicata nella scheda di polizza, in caso di ricovero per:

- malattia;
- infortunio;
- parto.

La diaria verrà corrisposta:

- per ciascun giorno di degenza (il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno);
- **e per la durata massima di 90 giorni per sinistro e di 180 giorni per anno assicurativo.**

Nel conteggio dei giorni sono compresi eventuali permessi medici.

La diaria viene raddoppiata in caso di ricovero a seguito di:

- uno dei grandi interventi chirurgici indicati nell'elenco "grandi interventi chirurgici";
- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto.

La diaria viene corrisposta per al massimo 5 giorni in caso di ricovero per:

- interventi su tonsille e adenoidi;
- parto naturale;
- aborto post traumatico.

La diaria viene corrisposta al 50% in caso di day hospital.

Per questa garanzia e per le estensioni di seguito riportate, non è operativo l'eventuale scoperto previsto per il ricovero all'estero di cui al punto B) dell'art. 3 "Estensione territoriale".

Art. 21 - Estensioni di garanzia (automaticamente operanti)

Diaria per ricovero contemporaneo dei coniugi

In caso di ricovero contemporaneo con almeno un pernottamento, anche per eventi diversi, dei due coniugi o conviventi entrambi assicurati:

- con figli minori, o
- con figli portatori di handicap, o
- con familiari anziani che richiedono cure e assistenza giornaliera da parte di uno dei due coniugi.

La Società provvede al pagamento di una diaria pari a euro 100,00 a coppia per ogni giorno di ricovero al massimo per:

- **30 giorni per sinistro;**
- **90 giorni per anno assicurativo.**

ESCLUSIONI

Art. 22 - Rischi esclusi

L'assicurazione non comprende le spese sanitarie, gli interventi chirurgici e i ricoveri determinati da: infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla stipulazione del contratto. Tuttavia se tali circostanze sono state dichiarate nel questionario anamnestico, l'assicurazione sarà operante per le patologie per le quali la Società non emetta appendice di esclusione;

- intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidei;
- parto o malattie da gravidanza o puerperio, se la gravidanza stessa ha avuto inizio prima della conclusione del contratto;
- interruzioni volontarie di gravidanza;
- diagnosi e cura della sterilità e dell'impotenza (salvo la cura dell'idrocele e del varicocele con un limite di euro 800,00 per sinistro e per anno assicurativo), fecondazione artificiale;
- malattie mentali, disturbi psichici in genere e comportamenti nevrotici;
- finalità dietologica a meno che non siano resi indispensabili in conseguenza di un intervento chirurgico per malattia o infortunio;
- finalità estetica, salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio, ferme le esclusioni di cui al primo punto;
- cure e terapie odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo e ortodontico, nonché quelle del paradonto, salvo quelle rese necessarie da malattie neoplastiche o da infortunio;
- day hospital a finalità diagnostiche anche se praticato chirurgicamente, salvo non sia direttamente connesso con un ricovero o un intervento chirurgico, anche ambulatoriale, e sia effettuato entro i 60 giorni precedenti e i 180 giorni successivi. Inoltre è compreso il day hospital diagnostico, qualora sia stata scelta la garanzia aggiuntiva visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali, entro i termini previsti da tale garanzia;
- check-up di medicina preventiva.

Sono inoltre esclusi gli interventi chirurgici e i ricoveri per gli infortuni:

- causati dalle azioni delittuose compiute o tentate dall'assicurato;
- causati da guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanze allucinogene;
- derivanti da sport aerei (deltaplani, ultraleggeri, parapendii e assimilabili) e dalla partecipazione a gare motoristiche, prove e allenamenti;
- derivanti da attività sportive professionali (comprese gare e allenamenti). Per sport professionali si intendono quelli che determinano una retribuzione, in premi o in denaro, che costituisce la fonte primaria di reddito dell'assicurato, o comunque non marginale ad altre forme di reddito derivanti dall'esercizio di altre attività;
- accaduti durante lo svolgimento del servizio militare volontario per mobilitazione.

La garanzia non è operante per:

- l'esercizio di medicine e pratiche non convenzionali non riconosciute dalla medicina ufficiale italiana;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, se l'assicurato ne ha preso parte attiva, inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- le conseguenze derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo provocata dall'accelerazione artificiale delle particelle atomiche;
- le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 23 - Modalità di denuncia, obblighi dell'assicurato e gestione del sinistro

L'assicurato può scegliere se ricorrere:

- agli istituti di cura convenzionati. In questo caso la Società paga le spese sostenute direttamente all'istituto convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali;
- agli istituti di cura non convenzionati. In questo caso la Società rimborsa le spese sostenute all'assicurato al netto delle eventuali franchigie e /o limitazioni contrattuali.

1 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI - PAGAMENTO DIRETTO

In questo caso l'assicurato, i suoi familiari o i suoi eredi dovrà preventivamente contattare telefonicamente la:

Centrale Operativa
in funzione dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì
e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato
dall'Italia al numero verde 800 305 992
dall'estero al numero 015 255 9570

indicando la prestazione di cui intende usufruire.

La centrale operativa invierà tramite fax o e-mail, seguito del contatto telefonico, all'assicurato il modulo per la richiesta del pagamento diretto.

L'assicurato dovrà restituirlo alla centrale operativa sempre tramite fax o e-mail debitamente compilato con allegata la copia della prescrizione medica della richiesta di ricovero.

La centrale operativa, entro 2 (due) giorni lavorativi successivi alla ricezione del modulo per la richiesta di pagamento diretto verifica la regolarità amministrativa, la validità della garanzia e la certificazione medica allegata.

Se le verifiche danno esito positivo, la centrale operativa autorizza telefonicamente l'assicurato per la gestione del sinistro in convenzione e, in questo caso rimborsa le spese direttamente all'istituto di cura convenzionato, **al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali che restano sempre a carico dell'assicurato.**

Restano a carico dell'assicurato anche le spese:

- per prestazioni non garantite dal contratto,
- eccedenti il massimale assicurato,
- non autorizzate dalla centrale operativa,

che dovrà rimborsare direttamente all'istituto di cura convenzionato.

Se le verifiche danno esito negativo, la centrale operativa ne anticiperà telefonicamente all'assicurato le motivazioni e farà seguito con l'invio della comunicazione di negazione alla gestione del sinistro in convenzione.

Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico venga effettuato in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'assicurato dovrà sostenere direttamente le spese relative alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità di "ricorso agli istituti di cura non convenzionati". **Per le spese sostenute all'estero per l'equipe medica non convenzionata restano intesi i limiti di copertura previsti all'art. 3 "Estensione territoriale".**

Qualora in caso di emergenza medica il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale avvenga negli orari o nei giorni nei quali la Centrale Operativa non è in funzione, la denuncia del sinistro e la relativa gestione dovrà avvenire secondo le modalità indicate al successivo punto 2 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI - RIMBORSO SPESE, DIARIA DA RICOVERO E SOSTITUTIVA , con successivo rimborso delle spese sostenute.

Tuttavia se l'assicurato in caso di emergenza fa ricorso ad un istituto di cura convenzionato e intende usufruire del pagamento diretto delle prestazioni, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, telefonare alla Centrale Operativa entro il primo giorno lavorativo della centrale successivo al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale, impegnandosi ad inviare la documentazione richiesta atta ad attivare il pagamento diretto, entro tre giorni dal ricovero e comunque prima della dimissione.

Resta comunque inteso che il ricorso alle case di cura convenzionate in caso di emergenza non è da intendersi come automatica presa in carico del sinistro, dovendosi subordinare l'autorizzazione al ricovero all'esame della documentazione medica che l'assicurato si impegna a fornire.

2 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI - RIMBORSO SPESE, DIARIA DA RICOVERO E SOSTITUTIVA

Se l'assicurato non fa ricorso agli istituti di cura convenzionati con la Società, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, denunciare il sinistro telefonando alla:

Centrale Operativa
in funzione dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì
e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato
dall'Italia al numero verde 800 305 992
dall'estero al numero 015 255 9570

entro tre giorni dal ricovero o dall'intervento chirurgico.

Tale obbligo non sussiste nel caso di richiesta di rimborso relativa alla garanzia di cui all'art.19 "Visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali".

Successivamente, dovrà compilare il modulo di richiesta di rimborso delle spese mediche, allegando tutta la documentazione medica.

Il modulo di richiesta di rimborso e la documentazione deve essere consegnato all'agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 60 giorni dalla data dimissione dall'istituto di cura o dalla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale.

In caso di richiesta di rimborso relativa alla garanzia "Visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali", la prima richiesta di rimborso potrà essere fatta, con la succitata modalità, **entro 30 giorni dalla scadenza dell'annualità assicurativa della polizza, se la richiesta di rimborso supera la franchigia prevista nel contratto.**

La richiesta potrà essere fatta anche precedentemente, qualora nel corso dell'annualità assicurativa le spese sostenute superino l'importo della franchigia prevista in polizza. **In tale caso, la richiesta di rimborso potrà essere fatta entro 30 giorni dal superamento del limite e successivamente entro 30 giorni dalla data della fattura e/o ricevuta fiscale.**

La richiesta di rimborso delle spese mediche deve essere fatta a cure ultimate e corredata dai seguenti documenti giustificativi:

- fatture, ricevute fiscali, notule di spesa o ricevute debitamente quietanzate in originale e in copia;
- esami medici eventualmente eseguiti o altra documentazione sanitaria in copia tranne gli esami radiologici o altro che possono essere trasmessi solamente in originale;
- prescrizione medica in originale e copia;
- cartella clinica e /o documento sostitutivo in copia;
- i documenti che comprovino il periodo di permanenza all'estero in copia.

L'assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla centrale operativa e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alle patologie denunciate, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

La centrale operativa ricevuta tutta la documentazione di richiesta del rimborso provvede, se dovuto e **al netto delle eventuali limitazioni e/o franchigie previste dal contratto**, al pagamento delle spese entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta, nel caso tutta la documentazione presentata risulti esaustiva.

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

3 - DENUNCIA DEL SINISTRO E RICORSO AGLI ISTITUTI CONVENZIONATI TRAMITE PORTALE WEB

Oltre al canale postale (per le prestazioni a rimborso) e al canale telefonico (per le prese in carico in forma diretta), l'assicurato può utilizzare la modalità di denuncia on line del sinistro accedendo all'indirizzo web www.cattolica.it - Area Riservata, tramite il browser Internet Explorer 8 o superiore. Con questa procedura non è più necessario presentare la documentazione medico fiscale in originale in quanto è sufficiente inviare la scansione elettronica della documentazione di spesa e dei certificati medici.

Una volta aperta l'Area riservata si clicca su "vai all'area riservata", si inserisce username e password,

altrimenti si clicca su "registrazione" e si seguono le istruzioni fornite nella successiva area, inserendo i dati anagrafici richiesti. Saranno generate User e Password personali. Effettuato l'accesso, per poter usufruire dell'area web di gestione delle pratiche malattia cliccare sull'icona presente nella colonna "sinistri". Attraverso il portale web si potrà:

- Consultare la propria posizione anagrafica
- Individuare le Aziende ospedaliere o i professionisti medici convenzionati con la Compagnia e usufruire della modalità di accesso diretto alle prestazioni di polizza
- Denunciare un sinistro e richiederne il rimborso spese attraverso il caricamento upload di documenti medici, cartelle cliniche, fatture di spesa
- Richiedere la presa in carico in forma diretta per ricoveri o visite specialistiche effettuate in rete convenzionata
- Verificare on line lo stato di avanzamento della gestione di ogni singolo sinistro e verificarne lo stato.

Per le spese sostenute all'estero restano intesi i limiti di copertura previsti all'art. 3 "Estensione territoriale".

In caso di decesso dell'assicurato il rimborso verrà effettuato ai suoi legittimi eredi.

Se l'assicurato ha presentato a terzi gli originali delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avviene previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Il pagamento a favore dell'assicurato viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

Qualora, previo le opportune verifiche, la centrale operativa non ritenga di dover procedere al rimborso delle spese mediche, ne darà comunicazione scritta all'assicurato per raccomandata con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione ritenuta completa.

Art. 24 - Obbligo di restituzione delle spese sanitarie liquidate dalla Società e non dovute Qualora si dovesse accertare, relativamente all'evento per il quale l'assicurato ha usufruito del servizio, la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, la centrale operativa invierà all'assicurato, mediante raccomandata con ricevuta di ritorno, la richiesta del recupero delle somme erogate.

L'assicurato e/o in caso di minori i genitori o gli affidatari, dovranno restituire, alla Società, secondo le modalità comunicate, le somme indebitamente liquidate dalla Società, entro e non oltre 30 giorni dalla comunicazione.

Qualora l'assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti addebitandogli i relativi costi.

Art. 25 - Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, le parti si obbligano a confermare, con scrittura privata, mandato di decidere, in prima istanza tra due medici nominati uno per parte ed in mancanza di accordo, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede presso il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato.

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

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

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

PROTEZIONE LEGALE DEL PAZIENTE

Garanzia base

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. 26 - Oggetto della garanzia

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. 27 "Elenco dei casi assicurativi".

Per spese legali si intendono gli onorari, i 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. 27 - Elenco dei casi assicurativi

La garanzia vale per:

- sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento dei danni derivati all'assicurato **esclusivamente in conseguenza di interventi diagnostici, terapeutici o chirurgici effettuati in occasione di ricovero e per i quali sia stata prestata la copertura assicurativa prevista nella polizza Cattolica&Salute - PiùSalute. Con riferimento agli interventi chirurgici, fermo il presupposto che sia stata prestata la copertura assicurativa prevista nella polizza Cattolica&Salute - PiùSalute, sono compresi anche quelli effettuati ambulatorialmente.**

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 prestate dal presente contratto.**

Art. 28 - 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. 29 - 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. 30 - Esclusioni

È escluso il pagamento di:

- **multe, ammende e sanzioni in genere;**
- **spese legali e peritali per controversie contro ARAG;**
- **spese legali e peritali calcolate in base ad accordi fra l'assicurato e 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.**

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO GARANZIA PROTEZIONE LEGALE DEL PAZIENTE

Art. 31 - Denuncia del caso assicurativo

L'assicurato deve **tempestivamente** denunciare alla Società o ad ARAG qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuta conoscenza.

In ogni caso deve fare pervenire alla Società o ad ARAG, notizia di ogni atto a lui notificato, entro 3 giorni dalla data della notifica stessa.

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. 32 - 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. 33 - 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. 34 - 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. 35 - Somme recuperate

I risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte all'assicurato a titolo di capitale e 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 BASE, SECONDO PARERE MEDICO E TELEMEDICINA

Art. 36 - Oggetto della garanzia

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

Art. 37 - 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 insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'assicurato (malattie preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzie assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso assicurato, nel corso del precedente contratto;
- malattie e infortuni conseguenti e/o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio. Tale esclusione non opera per la prestazione di telemedicina "Mother medicare".

Art. 38 - 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:

800 305 992

in funzione 24 ore su 24

oppure al numero:

015 255 9570

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

Se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma al seguente indirizzo, tranne che per i servizi di telemedicina:

MAPFRE ASISTENCIA S.A.

Strada Trossi, 66

13871 Verrone (BI)

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- nome e cognome;
- numero di polizza preceduto dalla sigla "PSC";
- 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. 39 - 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 assistenza non possono essere fornite più di tre volte entro ciascuna annualità assicurativa. Tale limitazione non opera invece per le prestazioni di telemedicina.

Le prestazioni all'estero saranno erogate solo entro i primi 180 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 annuale che decorre 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. 40 - 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.

ASSISTENZA BASE

Cura

Art. 41 - 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. 42 - 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. 43 - 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. 44 - 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. 45 - 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. 46 - Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'assicurato, a seguito malattia o infortunio, in conseguenza della prestazione indicata all'art. 45 "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. 47 - 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. 48 - 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. 49 - 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. 50 - 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. 51 - 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. 52 - 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. 53 - Recupero e 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 10.000,00 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 inoltre comprese le eventuali spese per il recupero della salma con il sottolimito di euro 2.000,00 per sinistro, anche se sono coinvolti più assicurati.**

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre.

Art. 54 - 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 5 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. 55 - Rientro degli altri assicurati

In caso di rientro sanitario dell'assicurato in base alle condizioni previste nel precedente art. 51 "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 500,00 per assicurato.**

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

Art. 56 - 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. 57 - 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 per sinistro di euro 100,00 per notte e per un massimo di 3 notti.**

Art. 58 - 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 erogata 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. 59 - 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 500,00 per sinistro.**

Per non autosufficiente si intende la persona invalida che necessita di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Tale stato deve essere certificato da accertamento medico legale rilasciato dalla commissione sanitaria dell'Asl di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (legge 104/92).

Famiglia

Art. 60 - Accompagnamento di minori

Se l'assicurato in viaggio accompagnato da minori di 15 anni, purché assicurati, si trova nell'impossibilità di occuparsi di loro, a giudizio di un sanitario che lo ha in cura, 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. 61 - 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 100,00 al giorno e per un massimo di 5 giorni per sinistro.

Art. 62 - 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 100,00 al giorno e per un massimo di 5 giorni per sinistro.**

Art. 63 - 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. 64 - Oggetto della garanzia

La Società, tramite i medici della centrale operativa, mette a disposizione dell'assicurato il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA, che fornisce una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute.

L'assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeuticamente potrà contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della centrale operativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

Per beneficiare della prestazione, **l'assicurato o il medico curante dovranno:**

- **spiegare ai medici della centrale il caso clinico,**
- **compilare il questionario che sarà appositamente fornito,**
- **mettere a disposizione prove, biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica che sia necessaria per potere valutare il caso.**

La centrale operativa procede alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, provvede all'eventuale traduzione in lingua inglese, ed effettua la seconda opinione medica mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nella malattia o quadro clinico dell'assicurato.

Il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA sarà effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'assicurato e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito e che saranno forniti alla centrale operativa dall'assicurato, o dal suo medico di fiducia, come condizione necessaria per la prestazione del servizio.

La risposta in forma scritta, e in lingua inglese, della SECONDA OPINIONE MEDICA sarà trasmessa dalla centrale operativa all'assicurato, o al suo medico di fiducia nel termine normale di 15 giorni feriali, e comunque al massimo entro 40 giorni feriali.

Entro 10 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 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 video conferenza. **La Società terrà a proprio carico le relative spese sino a un massimo di euro 800,00 per sinistro.**

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

TRATTAMENTO IN U.S.A. IN SEGUITO A SECONDA OPINIONE MEDICA

Servizi personalizzati

Una volta realizzata una seconda opinione medica e sempre che l'assicurato abbia deciso di sottoporsi a cure mediche e/o ospedaliere in U.S.A. relazionate con il quadro clinico corrispondente alla seconda opinione medica realizzata, gli saranno prestati i seguenti servizi:

- Consulenza e consiglio nella selezione di medici ed ospedali in U.S.A. per il trattamento adeguato del caso;
- Conseguimento di visite mediche con i medici ed ospedali scelti dall'assicurato in U.S.A.;
- Consulenza e supporto per le pratiche di ingresso e ammissione nell'ospedale scelto dall'assicurato, tra quelli compresi nella rete ospedaliera convenzionata;
- Gestione della prenotazione di passaggi aerei ed alloggio per l'assicurato ed i familiari che a parte dell'assicurato, i trattamenti ospedalieri relazionati con la seconda opinione medica;
- Coordinamento dell'accoglienza dell'assicurato e dei famigliari che lo accompagnano nell'aeroporto di arrivo in U.S.A. e del successivo trasferimento al luogo di alloggio, sempre e quando il viaggio si realizzi con lo scopo di ricevere, da parte dell'assicurato, i trattamenti ospedalieri relazionati con la seconda opinione medica;
- Quando lo stato di salute dell'assicurato lo raccomandi, coordinamento del trasferimento in ambulanza aerea fino agli U.S.A. o terrestre dentro gli U.S.A.;
- A partire dall'ingresso dell'assicurato nell'ospedale scelto, Mapfre Asistencia fornirà l'accesso ai servizi di

interpreti qualificati quando si rendano necessari per facilitare la realizzazione delle cure mediche in U.S.A.. Le spese mediche inerenti ai ricoveri saranno esclusivamente a carico dell'assicurato, così come le spese di trasporto e alloggio dell'assicurato.

Servizi amministrativi

Realizzata la seconda opinione medica e una volta che l'assicurato abbia confermato il suo desiderio di ricevere cure ospedaliere in U.S.A., oltre ai servizi di cui nella sezione anteriore Mapfre Asistencia si impegna a prestare i seguenti servizi:

- prima dell'arrivo dell'assicurato, ottenimento dei preventivi e dei costi stimati relativi al ricovero ed agli onorari medici corrispondenti alle cure mediche che l'assicurato deve ricevere in U.S.A.;
- presentazione e introduzione dell'assicurato, mediante una tessera che lo identifichi come membro della corrispondente rete di fornitori di servizi di assistenza sanitaria (ppo) nell'ospedale in cui sarà ricoverato;
- coordinamento delle cure all'assicurato nell'ospedale da lui scelto e degli appuntamenti con il medico specialista;
- revisione, controllo e analisi delle corrispondenti fatture e verifica delle voci definite come "usuali e solite" nel corso del trattamento dell'assicurato;
- auditing completo delle voci e delle spese inserite nelle fatture, relazionate con le cure mediche ricevute dall'assicurato;
- conseguimento di eventuali sconti, sui costi dei servizi medici e ospedalieri.

SERVIZI DI TELEMEDICINA

Art. 65 - Cartella medica personale e card salvavita

La Società con la cartella medica personale offre uno strumento informatico che permette di:

- conservare in modo informatizzato e protetto tutta la propria storia medica personale;
- archiviare in modo automatico tutti i parametri medici misurati attraverso il telemonitoraggio.

La cartella medica on line potrà essere implementata dall'assicurato nel corso del tempo con i referti di visite, accertamenti e con i dati derivanti da ricoveri ospedalieri. L'assicurato, chiamando il numero verde dalle ore 8.00 alle ore 21.00 dei giorni feriali, può anche chiedere l'aiuto degli operatori della centrale di telemedicina per la compilazione e l'archiviazione dei documenti medici.

L'assicurato può consentire l'accesso alla cartella medica on line al suo medico per un consulto, o in caso di emergenza ai medici del pronto soccorso, fornendo i codici riportati sulla tessera salvavita.

La cartella medica personale è traducibile automaticamente ed istantaneamente in 18 lingue.

Modalità di attivazione

Dopo aver sottoscritto Cattolica&Salute - PiùSalute, l'assicurato riceverà da Medic4all la lettera di benvenuto e la card per l'accesso ai servizi.

La lettera di benvenuto contiene il numero identificativo (ID) e la password personale con la quale l'assicurato attraverso il sito 'www.cattolica.it' home page - "servizi di telemedicina" oppure digitando <https://medic4all.org/cattolica>, potrà accedere alla cartella medica on line e inserire/modificare tutti i suoi dati medici (compresi il caricamento di referti, accertamenti ed analisi, radiografie ecc.).

Al primo accesso alla cartella medica personale, l'assicurato dovrà modificare la sua password personale con una da lui scelta.

La card contiene:

- nome e cognome dell'assicurato;
- n° polizza;
- numero identificativo (ID), password di emergenza, e indirizzo web che consentono al personale medico di accedere ai dati che l'assicurato stesso ha espressamente identificato come dati da rendere visibili in caso di emergenza;
- spazio per applicazione sticker con principali dati sanitari (se l'assicurato lo richiede espressamente una volta compilata la cartella medica).

L'assicurato, dopo aver compilato la cartella medica on line e sempre se lo richiede - attraverso un'apposita funzione all'interno della cartella medica on line - riceverà da Medic 4 All un adesivo che contiene i dati relativi al gruppo sanguigno, eventuali allergie ed annotazioni particolari.

L'assicurato potrà applicare tale adesivo sullo spazio apposito della card.

Per usufruire del servizio è necessario disporre di un personal computer, di una linea telefonica e dell'accesso a internet.

Art. 66 - Teleconsulto post intervento chirurgico o ricovero

A seguito di:

- grandi interventi chirurgici (vedasi Elenco di cui all'allegato),
- patologie che hanno dato luogo a ricoveri di almeno 21 giorni, l'assicurato potrà richiedere in Italia l'attivazione del "teleconsulto" e del "telemonitoraggio" attraverso la comunicazione audiovisiva con la centrale di telemedicina ed attraverso l'utilizzo del kit "VISUALMEDICARE" per il rilevamento dei seguenti parametri:
 - pressione arteriosa;
 - frequenza cardiaca;
 - frequenza respiratoria;
 - elettrocardiogramma (ECG).

Nei soli casi in cui l'intervento/ricovero sia relativo a patologie riguardanti l'apparato respiratorio o cardiocircolatorio verranno monitorati anche il peso e l'SpO2.

Si precisa che questa prestazione non opera per i seguenti grandi interventi chirurgici:

NEUROCHIRURGIA

- interventi di cranioplastica;
- asportazione di tumori dell'orbita;
- interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica;
- interventi sul plesso brachiale.

OCULISTICA

- interventi per neoplasie del globo oculare;
- interventi di enucleazione del globo oculare.

OTORINOLARINGOIATRIA

- asportazione di tumori maligni del cavo orale;
- asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia);
- asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare;
- ricostruzione della catena ossiculare;
- intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico.

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

- mastectomia totale o parziale con svuotamento del cavo ascellare per neoplasia maligna.

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- interventi con esofagoplastica;
- interventi per mega-esofago;
- interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- drenaggio di ascesso epatico;
- interventi per echinococcosi epatica.

UROLOGIA

- interventi per prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale;
- interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- interventi per costola cervicale;
- interventi di stabilizzazione vertebrale;
- interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio.

Modalità di attivazione:

- **Almeno 48 ore prima della sua dimissione e comunque non oltre dopo 3 giorni dalla data di dimissioni, l'assicurato dovrà:**
 - a) telefonare al numero verde secondo le modalità previste dall'articolo 38 "Istruzioni per la richiesta di assistenza" e richiedere l'attivazione del servizio di teleconsulto;**
 - b) comunicare alla centrale di telemedicina il domicilio presso il quale dovrà essere installato il kit visualmedicare;**
 - c) inviare via fax al numero che gli indicherà la centrale di telemedicina, copia della lettera di dimissioni rilasciata dall'istituto di cura.**

Il kit visualmedicare è costituito da un insieme di apparecchiature che consentono il monitoraggio di alcuni parametri sanitari dell'assicurato e l'attivazione della videoconferenza con la centrale di telemedicina.

- Entro 5 giorni dalla richiesta, un operatore autorizzato si recherà presso il domicilio dell'assicurato per:
 - a) installare il kit visualmedicare,
 - b) fornire le istruzioni e le indicazioni per l'utilizzo del kit,

- c) effettuare, insieme all'assicurato, il primo collegamento con la centrale di telemedicina.
- Nelle **quattro** settimane successive alla data di attivazione del servizio, bisettimanalmente dal lunedì al venerdì ed agli orari concordati, la centrale di telemedicina si metterà in contatto tramite videoconferenza con l'assicurato.
- Durante la videoconferenza l'assicurato parlerà direttamente con il medico che valuterà il suo stato di salute avendo anche a disposizione i parametri sanitari rilevati a distanza. Il medico li commenterà direttamente e provvederà a registrarli nella cartella medica personale.
- **Alla scadenza delle quattro settimane, l'operatore autorizzato si recherà a casa dell'assicurato per ritirare il kit visualmedicare.**

Per usufruire del servizio è necessario disporre di un televisore o di un personal computer e di una linea telefonica.

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

Art. 67 - Mother Medicare

Tutte le donne assicurate, in caso di gravidanze "a rischio" che hanno avuto inizio dopo la conclusione del contratto, potranno richiedere l'attivazione in Italia del "teleconsulto" e del "telemonitoraggio" attraverso la comunicazione audiovisiva con la centrale di telemedicina e l'utilizzo del kit mother medicare per il rilevamento dei seguenti valori:

- pressione arteriosa;
- glicemia;
- frequenza cardiaca;
- frequenza respiratoria;
- elettrocardiogramma (ECG).

Modalità di attivazione

- **L'assicurata dovrà:**
 - a) **telefonare al numero verde secondo le modalità previste dall'art. 38 "Istruzioni per la richiesta di assistenza" e richiedere l'attivazione del servizio di mother medicare;**
 - b) **comunicare alla centrale di telemedicina il domicilio presso il quale dovrà essere installato il kit visualmedicare;**
 - c) **inviare via fax al numero che gli indicherà la centrale di telemedicina, copia della lettera rilasciata dall'ospedale o dal medico curante che attesta il diritto all'utilizzo del servizio.**

Alla data concordata con la centrale di telemedicina, un operatore autorizzato si recherà presso il domicilio dell'assicurata, per:

- a) installare il kit mother medicare composto da: miniclinic, sfigmomanometro, bilancia e glucometro;
 - b) fornire le istruzioni e le indicazioni per l'utilizzo;
 - c) effettuare, insieme all'assicurata, il primo collegamento con il centro medico.
- Il servizio sarà attivo settimanalmente fino alla data del parto e permetterà, utilizzando gli strumenti di monitoraggio forniti, di inviare automaticamente i dati rilevati al centro medico. Un medico li commenterà direttamente in videoconferenza con l'assicurata e provvederà a registrarli nella cartella medica personale.
 - **Successivamente al parto un operatore autorizzato si recherà a casa dell'assicurata per ritirare il kit mother medicare.**

Per usufruire del servizio è necessario disporre di un televisore o di un personal computer e di una linea telefonica.

Art. 68 - Children Medicare (servizio automaticamente operante in forma gratuita)

Tutte le donne assicurate, in caso di gravidanze che hanno avuto inizio dopo la conclusione del contratto, potranno chiedere l'attivazione, nella loro cartella medica personale, dello spazio dedicato al bambino, in cui potranno essere riportati i suoi dati medici.

L'assicurata inoltre potrà contattare telefonicamente la centrale operativa e avere consigli e informazioni sui piccoli problemi che può avere il bambino nei suoi primi 3 (tre) mesi di vita (coliche, intolleranze, ecc.).

Modalità di attivazione nella cartella medica on line dello spazio dedicato al bambino

- **L'assicurata dovrà telefonare al numero verde dalle ore 8.00 alle ore 21.00 dei giorni feriali, e**

richiedere alla centrale di telemedicina l'attivazione dello spazio dedicato al bambino nella sua cartella medica personale.

Per usufruire del servizio è necessario disporre di un personal computer, di una linea telefonica e dell'accesso a internet.

Modalità di erogazione del consulto telefonico

- **L'assicurata dovrà chiamare il n° verde e richiedere alla centrale di telemedicina il consulto telefonico.**

Art. 69 - Telefarmacologia con sms medicale

Se l'assicurato si trova all'estero e ha bisogno di conoscere il nome commerciale locale di un farmaco o del corrispondente principio attivo, è a sua disposizione 24 ore su 24, 365 giorni all'anno il servizio di telefarmacologia con SMS medicale che gli consente di ottenere questa informazione con una semplice telefonata.

Modalità di erogazione

- **L'assicurato dovrà telefonare alla centrale di telemedicina secondo le modalità previste dall'art. 38 "Istruzioni per la richiesta di assistenza" e richiedere l'attivazione del servizio di tele-farmacologia con sms medicale.**
- Un medico della centrale segnalerà immediatamente all'assicurato il corrispettivo nome commerciale locale del farmaco richiesto (o del principio attivo) con un sms, un fax o un'email con la modalità che l'assicurato preferisce.

Il servizio è attualmente disponibile in 233 paesi del mondo e in 18 differenti lingue (italiano, inglese, francese, turco, russo, cinese in 2 versioni, thailandese, olandese, ebraico, polacco, portoghese, tedesco, ceco, greco, rumeno, spagnolo).

Art. 70 - Teleprescrizione medica multilingue

Se l'assicurato si trova all'estero e ha bisogno di assumere un farmaco senza avere la ricetta medica con sé, è a sua disposizione 24 ore su 24, 365 giorni all'anno il servizio di teleprescrizione medica multilingue di farmaci OTC.

Modalità di erogazione

- **L'assicurato dovrà telefonare alla centrale di telemedicina secondo le modalità previste dall'art. 38 "Istruzioni per la richiesta di assistenza" e richiedere l'attivazione del servizio di tele-prescrizione medica multilingue.**
- Un medico compilerà la prescrizione medica necessaria, scritta nella lingua del luogo, indicando anche il dosaggio consigliato e il nome commerciale locale del farmaco o del principio attivo, e la invia immediatamente all'assicurato per fax o e mail.

Nel caso in cui il farmaco richiesto non sia commercializzato nel Paese dove l'assicurato si trova, verrà fornita l'indicazione di un prodotto analogo.

Il servizio è attualmente disponibile in 233 paesi del mondo e in 18 differenti lingue (italiano, inglese, francese, turco, russo, cinese in 2 versioni, thailandese, olandese, ebraico, polacco, portoghese, tedesco, ceco, greco, rumeno, spagnolo).

Art. 71 - Medic eye

In caso di necessità, anche urgente, ovunque l'assicurato si trovi 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, in Italia o nel mondo, ha in ogni momento la possibilità di parlare, in lingua italiana, con un medico della centrale medica, di poterlo vedere e consultare attraverso un video consulto. Riceverà le informazioni e il supporto medico necessario.

Il medico, dopo il colloquio ed una attenta valutazione, fornirà all'assicurato i consigli e le indicazioni per il trattamento.

Modalità di erogazione

- **L'assicurato dovrà telefonare alla centrale di telemedicina secondo le modalità previste all'art. 38 "Istruzioni per la richiesta di assistenza" e collegarsi alla sua cartella medica personale.**
- La centrale di telemedicina comunicherà all'assicurato il n° della sala web attivo all'interno della sua cartella medica on line attraverso la quale avverrà il video consulto medico.
- L'appuntamento con il medico è previsto entro un tempo massimo di 40 minuti.

Per usufruire pienamente di questo servizio è necessario poter disporre di un PC predisposto per le comunicazioni audio (microfono e altoparlanti) e video (webcam).

In alternativa si possono utilizzare semplici auricolari con microfono e in mancanza della webcam l'assicurato avrà comunque la possibilità di vedere il medico dallo schermo del suo PC. In ogni caso è sempre possibile l'uso del telefono.

Il video consulto potrà avere una durata orientativa di 15/20 minuti.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale;
- Interventi di cranioplastica;
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale;
- Asportazione tumori dell'orbita;
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari);
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore;
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mieolopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica;
- Interventi sul plesso brachiale.

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare;
- Interventi di enucleazione del globo oculare.

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale;
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia);
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale);
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare;
- Ricostruzione della catena ossiculare;
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari.

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale;
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia.

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici;
- Interventi per fistole bronchiali;
- Interventi per echinococchi polmonare;
- Pneumectomia totale o parziale;
- Interventi per cisti o tumori del mediastino.

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

- Mastectomia totale o parziale con svuotamento del cavo ascellare per neoplasia maligna.

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica;
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica;
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica;
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale;
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario;
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi;
- Asportazione di tumore glomico carotideo.

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- Interventi con esofagoplastica;
- Interventi per mega-esofago;
- Resezione gastrica totale;
- Resezione gastro-digiunale;
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia);
- Interventi di amputazione del retto-ano;
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale;
- Drenaggio di ascesso epatico;
- Interventi per echinococchi epatica;
- Resezione epatiche;
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari;
- Interventi chirurgici per ipertensione portale;
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica;
- Interventi per neoplasie pancreatiche.

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale;
- Surrenalectomia;
- Interventi di cistectomia totale;
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- Cistoprostatovesicolectomia;
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale;
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare.

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia;
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica;
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale;
- Interventi di stabilizzazione vertebrale;
- Interventi di resezione di corpi vertebrali;
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni;
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei;
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio;

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti.



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