

Gentile cliente,  
nel ringraziarla per aver scelto il Gruppo Zurich Italia, la invitiamo a leggere con attenzione le condizioni riportate su questo libretto che, unitamente alla scheda di polizza, nella quale sono riportate le caratteristiche specifiche del suo contratto, ne costituisce parte integrante.

In caso di dubbi o necessità, potrà rivolgersi in Agenzia, contattare il servizio clienti chiamando il **numero verde 800-575.585** oppure scrivere all'indirizzo **e-mail: [persone@zurigo.it](mailto:persone@zurigo.it)**.



Definizioni per capire meglio alcuni termini	pag. 5
Assicurazione spese sanitarie - Forme: “A”, “B”, “C”, “D”	pag. 7
Decorrenza della garanzia	pag. 11
Esclusioni e limiti	pag. 12
Condizioni Generali	pag. 13
Cos’è e come funziona il servizio SalveCard	pag. 15
Cosa fare in caso di Sinistro Spese Sanitarie	pag. 16
Garanzia Assistenza (forma base)	pag. 18
Garanzia Assistenza (forma completa)	pag. 21
Allegato 1: elenco grandi interventi chirurgici	pag. 24





ZURICH

## definizioni

### per capire meglio alcuni termini

La Zurigo Assicurazioni e l'Assicurato attribuiscono ai termini che sono indicati nella polizza il seguente significato:

**Assicurato:** è la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

**Assicurazione:** è il contratto di assicurazione.

**Centrale di Telemedicina:** è la struttura SOIT – Second Opinion Italy s.r.l. costituita da medici ed operatori - che è in funzione dalle ore 9.00 alle ore 17.00, dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali. Tale struttura, in base all'accordo con il Centro Medico Internazionale di riferimento, provvede alla gestione ed all'erogazione della seconda opinione medica.

**Centrale Operativa:** è la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – Piazza Trento, 8 – 20135 Milano, costituita da medici, tecnici ed operatori, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Compagnia provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Compagnia stessa, le prestazioni di Assistenza previste in polizza ed intrattiene i contatti con la Centrale di Telemedicina.

**Centro Medico Internazionale di riferimento:** le strutture sanitarie ed i centri clinici della U.C.S.F. di Stanford (USA) come fulcro del network internazionale di Ospedali e Medici Specialisti che provvede alla formulazione della seconda opinione medica a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica (nell'ambito della garanzia di Assistenza).

**Contraente:** è la persona che sottoscrive il contratto di assicurazione nell'interesse proprio e/o di altre persone.

**Compagnia:** è la Società Assicuratrice ovvero Zurigo Assicurazioni.

**Day Hospital:** è la permanenza in un Istituto di Cura che garantisce la presenza continua di un medico o di un anestesista all'interno della struttura, ma che non comporta pernottamento e che prevede l'emissione di una cartella clinica.

**Franchigia assoluta:** è la percentuale o la somma prestabilita che in caso di sinistro l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Compagnia non riconosce l'indennizzo.

**Frattura ossea:** è la rottura di un osso, in genere conseguente ad una causa lesiva che abbia agito più o meno intensamente sul punto della frattura (frattura diretta) o a distanza (frattura indiretta). Sono parificate alle fratture ossee:

- le fratture ossee incomplete (incrinature o infrazioni);
- le rotture dei legamenti crociati del ginocchio.

**Indennizzo:** la somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato al verificarsi dell'evento garantito.

**Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili.

**In viaggio:** qualsiasi località ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

**Istituto di Cura:** struttura sanitaria, pubblica o privata, regolarmente autorizzata al ricovero dei malati.

**Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio.

**Massimale:** è l'importo massimo per uno o più sinistri rimborsabili all'Assicurato per anno assicurativo.

**Nucleo assicurato:** l'insieme delle persone indicate nella polizza.

**Polizza:** è il documento che prova l'assicurazione.

**Premio:** è la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

**Questionario anamnestico:** è il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà. Questo documento è richiamato nelle "dichiarazioni del contraente" riportate sulla polizza.

**Ricovero:** è la degenza presso un Istituto di Cura autorizzato all'erogazione

dell'assistenza ospedaliera, che comporti almeno un pernottamento.

**Rischio:** è la probabilità che si verifichi l'evento assicurato.

**Sinistro:** è il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

**Territorio italiano:** è quello della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino.



ZURICH

# assicurazione spese sanitarie: forme - “A”, “B”, “C”, “D”.

## Cosa e come assicuriamo

L'assicurazione vale, per il ricovero e/o l'intervento chirurgico anche ambulatoriale, resi necessari da malattia, infortunio, parto o trapianto di organi, nella forma riportata sulla scheda di Polizza, tra quelle di seguito elencate.

## Forma “A” – Spese sanitarie - Rimborso senza franchigia

- Tale forma prevede il rimborso senza franchigia delle spese sostenute, sino al raggiungimento del massimale indicato in polizza, per:
  1. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
  2. diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
  3. assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero o l'intervento chirurgico;
  4. rette di degenza;
  5. trasporto d'urgenza dell'Assicurato presso gli Istituti di Cura per il ricovero, con il limite massimo di Euro 1.600 per ogni sinistro;
  6. vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'Istituto di Cura presso il quale si trova ricoverato l'Assicurato con il limite massimo di Euro 1.600 per ogni sinistro;
  7. parto non cesareo e parto cesareo successivo al primo (accaduto o meno in vigenza di polizza), con il limite massimo di Euro 3.000. Tale limite è comprensivo anche delle eventuali prestazioni garantite nei 100 giorni precedenti e successivi al ricovero;

8. onorari di medici, di ostetriche, esami, accertamenti diagnostici, effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero o la data dell'intervento chirurgico. In caso di gravidanza, sono compresi anche la villocentesi, l'amniocentesi e la funicolocentesi;
9. esami, accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali (anche omeopatici), prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (purché prescritti dal medico curante ed escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuate nei 100 giorni successivi la cessazione del ricovero o la data dell'intervento chirurgico;

In caso di trapianto, è previsto il rimborso delle medesime spese sostenute:

- per il prelievo sul donatore;
- per il prelievo sull'Assicurato in qualità di donatore vivente.

Qualora l'Assicurato non si avvalga del “Servizio SalveCard”, illustrato a pag. 15, i rimborsi delle spese elencate nei punti 1, 2, 3, 4 verranno effettuati con il limite massimo di:

- Euro 2.600 per ciascun ricovero e/o intervento chirurgico per adenoidi e tonsille;
- Euro 5.200 per ciascun ricovero e/o intervento chirurgico per appendici, varici, ernie, emorroidi e aborto terapeutico.

## • Ricorso al S.S.N. – Diaria sostitutiva (indennità di ricovero)

Qualora l'Assicurato usufruisce del Servizio Sanitario Nazionale, l'assicurazione varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso.

Nel caso non abbia sostenuto alcuna spesa, ovvero il totale delle spese sostenute per tutto quanto previsto dalla presente Forma “A”, non superi Euro 1.000, l'Assicurato avrà diritto ad un'indennità di Euro 100 per ogni giorno di ricovero, con il limite di 100 giorni per anno assicurativo. Il giorno

di entrata e quello di dimissione dall'Istituto di Cura verranno entrambi considerati giornate di ricovero. Il ricovero in Day Hospital non è soggetto alla predetta indennità.

### **Forma “B” – Spese sanitarie - Rimborso con franchigia**

Tale forma prevede il rimborso delle prestazioni elencate nella Forma “A”, con l'applicazione di una franchigia assoluta di Euro 2.600 per ogni sinistro, da applicarsi sulle spese effettivamente sostenute, sino al raggiungimento del massimale assicurato.

Ai fini dell'applicazione della franchigia, vengono considerati come un unico evento tutti i ricoveri e/o interventi resi necessari dalla medesima patologia, purché avvenuti entro 30 giorni dalla data del primo ricovero e/o intervento chirurgico.

La franchigia non sarà applicata sulla liquidazione della diaria sostitutiva prestata nei modi e nei termini di cui al capitolo “Ricorso al S.S.N. – Diaria sostitutiva” nella Forma “A”.

### **Forma “C” – Spese sanitarie grandi interventi**

Tale forma prevede il rimborso delle prestazioni elencate nella Forma “A” sostenute esclusivamente in occasione di grande intervento chirurgico rientrante tra quelli elencati nell'allegato 1) della presente polizza, sino al raggiungimento del massimale assicurato.

La liquidazione della diaria sostitutiva viene prestata, a seguito di grande intervento, nei modi e nei termini di cui al capitolo “Ricorso al S.S.N. – Diaria sostitutiva” nella Forma “A”.

### **Forma “D” – Diaria da ricovero**

Questa forma prevede la liquidazione dell'indennità giornaliera pattuita in polizza, per ciascun giorno di ricovero in Istituto di

Cura (pubblico o privato), e per la durata massima di 300 giorni per evento e/o per anno assicurativo.

Il giorno di entrata e quello di dimissione dall'Istituto di Cura verranno entrambi considerati giornate di ricovero.

L'assicurazione vale per malattia, infortunio e nei casi di trapianto di organi. La garanzia vale inoltre per il parto non cesareo e le fratture ossee documentate, nei limiti di seguito elencati.

#### **- Parto non cesareo.**

In caso di parto non cesareo l'indennità garantita viene corrisposta fino ad un massimo di 7 giorni di ricovero per evento.

#### **- Gesso e frattura ossea.**

In caso di:

1. ricovero a seguito di malattia che richieda sia due pernottamenti consecutivi presso Istituto di Cura che l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile dal paziente, la Compagnia liquida l'indennità pattuita per il ricovero fino alla data di rimozione del mezzo, con il massimo di 60 giorni per sinistro;
2. frattura ossea documentata, la Compagnia liquida l'indennità pattuita per il ricovero:
  - nel caso di applicazione di mezzo di contenzione inamovibile dal paziente e tendente all'immobilizzazione della parte, sino alla data di rimozione del mezzo, con il massimo di 60 giorni per sinistro;
  - negli altri casi di frattura, nei quali non è necessario applicare il mezzo di contenzione con le caratteristiche esposte al punto precedente, sarà riconosciuto un importo pari all'indennità di ricovero, per ogni giorno di inabilità temporanea totale, con il massimo di 30 giorni per sinistro.

La diaria da gesso e frattura ossea non è cumulabile con la diaria da ricovero.

## Altre Garanzie per le Forme “A”, “B”, “C”, “D”

In aggiunta alle prestazioni previste dalle rispettive forme, nei limiti del massimale e della loro operatività riportata nella seguente tabella e nei successivi paragrafi, la garanzia vale anche per:

Garanzie operanti per:	Forma A	Forma B	Forma C	Forma D
1. Convalescenza	SI	SI	SI	SI
2. Copertura gratuita per neonato	SI	SI	SI	SI
3. Eventi naturali all'estero	SI	SI	SI	SI
4. Rischio guerra all'estero	SI	SI	SI	SI
5. Day Hospital	SI	SI	NO	NO
6. Spese ambulatoriali di pronto soccorso	SI	SI	NO	NO
7. Spese per protesi dentarie da infortunio	SI	SI	NO	NO

### 1. Convalescenza

In caso di convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di Cura, la Compagnia corrisponde una diaria di Euro 100 al giorno, fino ad un massimo di giorni pari alla durata del ricovero e, comunque, non superiore a 20 giorni. La convalescenza deve essere prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante.

Per gli interventi chirurgici effettuati in ambulatorio, la Compagnia corrisponde un'indennità pari ad un giorno di ricovero. Nel caso in cui sia stata scelta la Forma “D”, l'importo della diaria che viene corrisposto è quello indicato in polizza.

### 2. Copertura gratuita per neonato

I neonati, la cui madre sia assicurata con la polizza, sono gratuitamente assicurati per identiche somme e garanzie previste per la madre al momento della loro nascita, per il

tempo che decorre da tale momento alle ore 24 del 60° giorno successivo, o fino alla scadenza di polizza se precedente.

In questo periodo, a parziale deroga di quanto previsto nel capitolo “Esclusioni”, sono compresi anche i ricoveri per interventi relativi alla eliminazione o correzione di malformazioni congenite.

La copertura assicurativa non vale per la prima visita pediatrica e per la cura dell'ittero emolitico.

L'indennità di ricovero non sarà riconosciuta per ricoveri del neonato in assenza di patologia accertata.

### 3. Eventi naturali all'estero

A parziale deroga del capitolo “Esclusioni”, la garanzia assicurativa prestata all'estero vale anche per gli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalle predette cause che colpiscano l'Assicurato nel territorio della

Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

#### **4. Rischio guerra all'estero**

A parziale deroga del capitolo "Esclusioni", la garanzia assicurativa prestata all'estero vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

#### **5. Day Hospital**

In caso di ricovero senza pernottamento, reso necessario da malattia o infortunio, la Compagnia rimborsa le spese per:

- l'assistenza medica, infermieristica;
- i trattamenti fisioterapici e rieducativi (purché prescritti dal medico curante);
- i medicinali somministrati durante il ricovero stesso.

Il Day Hospital non è operante se riferito a soli fini diagnostici.

Qualora sia stata scelta la forma "B", non si applicherà la franchigia prevista in polizza.

#### **6. Spese ambulatoriali di pronto soccorso (massimale annuo Euro 2.600)**

In caso di cure ambulatoriali di pronto soccorso presso Istituto di Cura a seguito di infortunio che non determini ricovero, la Compagnia rimborsa le spese sostenute in pronto soccorso per:

- assistenza medica, medicinali;
  - l'applicazione di apparecchi gessati o tendenti all'immobilizzazione di arti;
  - accertamenti diagnostici;
  - il trasporto dell'Assicurato in ambulanza.
- Qualora sia stata scelta la forma "B", non si applicherà la franchigia prevista in polizza.

#### **7. Spese per protesi dentarie (massimale annuo Euro 1.000)**

La Compagnia rimborsa le spese sostenute per protesi dentarie a seguito di infortunio con l'intesa che il rimborso della relativa spesa è previsto solo per la prima protesi, purché sia applicata entro un anno dal giorno dell'infortunio.



ZURICH

## decorrenza della garanzia

La garanzia decorre:

- per gli **infortuni** dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- per le **malattie**, dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione (incluso l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'Assicurazione);
- per le **conseguenze di stati patologici diagnosticati**, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione purché dichiarati alla Compagnia all'atto stesso della stipulazione della polizza e salva diversa pattuizione, dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- per le **patologie varicose** e per il **parto**, dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è valida - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

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

- dal giorno in cui aveva effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, decorsi i termini di aspettativa, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Quanto detto vale anche in caso di variazioni intervenute nel corso di validità di uno stesso contratto.

# esclusioni e limiti

## Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- a) conseguenze dirette di infortuni, nonché per malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, non dichiarati con dolo o colpa grave sul questionario anamnestico che è parte integrante della presente polizza;
- b) eliminazione o correzione di difetti fisici, malformazioni preesistenti alla stipulazione della polizza;
- c) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) infortuni conseguenti a delitti dolosi dell'Assicurato;
- e) infortuni e intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- f) cura dell'A.I.D.S. e della sieropositività HIV;
- g) interruzione di gravidanza non dettata da necessità terapeutiche;
- h) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- i) protesi dentarie (salvo quanto previsto alla voce Altre Garanzie per le Forme - "A", "B", "C", "D");
- j) cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
- k) acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto alla voce **Cosa e come assicuriamo** nel capitolo Altre garanzie per le Forme - "A", "B", "C", "D";
- l) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- m) conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, guerre e terremoti (salvo quanto previsto alla voce Altre Garanzie per le Forme - "A", "B", "C", "D");
- n) infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a corse o gare motoristiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- o) rimborso delle spese per telefono, televisione, servizio di bar, ristorante e simili;
- p) degenze e prestazioni necessarie per avere assistenza di terzi nell'effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, quando l'Assicurato non sia più autosufficiente e necessiti di misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- q) ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- r) correzioni chirurgiche della miopia, dell'ipermetropia o dell'astigmatismo.

## Persone non assicurabili – Cessazione delle garanzie

La Compagnia non assicura le persone che al momento della stipulazione della polizza sono affette da alcoolismo, insulinodipendenza, tossicodipendenza, o sieropositività HIV, sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidi. Qualora l'Assicurato fosse colpito da tali malattie durante la validità del contratto, l'assicurazione cesserà alla scadenza annuale successiva alla data della diagnosi – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – senza che in contrario possa essere preteso l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente al netto delle imposte.

## Limiti di età

Non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino l'80° anno di età.



ZURICH

# condizioni generali

## Articolo 1

### Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Tutto ciò che è dichiarato in modo inesatto o non detto da parte dell'Assicurato/Contraente riguardante circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, può 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.

## Articolo 2

### Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno in cui è effettuato il pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

I premi devono essere pagati all'Agenzia che cura la polizza oppure alla Compagnia.

## Articolo 3

### Modifiche dell'assicurazione

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

## Articolo 4

### Recesso in caso di sinistro

#### a) Modalità per la Compagnia

Non può esercitare il recesso per sinistro.

#### b) Modalità per il Contraente

##### b1) Persona Fisica

Può esercitare sempre, per tutta la durata della polizza, il diritto di recesso a seguito di sinistro secondo le seguenti modalità:

dopo la denuncia di un sinistro indennizzabile in base a quanto stabilito dalle condizioni di polizza ed entro 60 giorni dal pagamento dello stesso, il Contraente ha la possibilità di recedere (alternativamente):

- dal contratto;
- dalla "Forma di garanzia" (A, B, C, D) cui si riferisce il sinistro, mediante comunicazione scritta.

Il recesso avrà effetto:

- dalla scadenza del periodo annuo di assicurazione in corso se la comunicazione avverrà entro 90 giorni prima di detta scadenza, altrimenti
- dalla scadenza del periodo annuo di assicurazione successivo.

##### b2) Persona Giuridica

Non può esercitare il recesso per sinistro.

## Articolo 5

### Indicizzazione

Le somme assicurate, il premio, gli eventuali massimi risarcimenti, i limiti di garanzia e le franchigie, se espressi in cifra assoluta, sono collegati al "numero indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute" pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica, in conformità a quanto segue:

- alla polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di giugno dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
- alla scadenza di ogni rata annua si effettua il confronto tra l'indice iniziale di riferimento e l'indice del mese di giugno dell'anno solare precedente quello di detta scadenza;
- l'aumento o la riduzione decorrono dalla scadenza della rata annua.

#### **Articolo 6**

##### **Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione**

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata di un anno e così successivamente.

#### **Articolo 7**

##### **Oneri fiscali**

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

#### **Articolo 8**

##### **Assicurazione stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge**

La presente polizza è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge per l'assicurazione infortuni e malattia e rimarrà in vigore anche nel caso in cui tale obbligatorietà risultasse o fosse stabilita successivamente.

#### **Articolo 9**

##### **Assicurazione per conto altrui**

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto di altra persona, gli obblighi derivanti dalla polizza restano a carico del Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

#### **Articolo 10**

##### **Validità Territoriale**

L'assicurazione vale per il mondo intero, con

l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia ed in valuta locale.

#### **Articolo 11**

##### **Altre assicurazioni**

Colui che sottoscrive il contratto di assicurazione deve comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. In caso di sinistro deve essere dato avviso a tutte le Compagnie assicuratrici interessate indicando a ciascuna di esse il nome delle altre. L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra consentirà alla Compagnia di non corrispondere l'indennizzo. Limitatamente al caso in cui la polizza sia stata stipulata da una persona fisica, tale obbligo è esteso anche all'Assicurato se persona diversa dal Contraente.

#### **Articolo 12**

##### **Rinuncia alla rivalsa**

La Compagnia, solo nel caso sia stata prescelta la Forma "D", rinuncia a favore dell'Assicurato o di coloro che hanno diritto a rivalersi su terzi responsabili per le indennità erogate in virtù del presente contratto.

#### **Articolo 13**

##### **Rinvio alle norme di legge**

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal contratto valgono le norme di legge.



ZURICH

## cos'è e come funziona il servizio SalveCard

Il servizio SalveCard permette, tramite la centrale operativa di Europ Assistance, di accedere ad un circuito selezionato di medici e cliniche convenzionate.

Per tutte le prestazioni garantite dalla presente polizza, il servizio SalveCard consente:

- di essere esonerati da anticipi di spesa;
- di prenotare gratuitamente la prestazione presso gli aderenti al circuito;
- di ricevere consigli medici telefonici.

Per facilitare l'utilizzazione del servizio la Compagnia rilascia al Contraente:

- l'apposita tessera denominata "SalveCard" in cui sono riportati i dati identificativi del contratto nonché il nominativo del Contraente della polizza;
- una guida alle cliniche convenzionate.

**Per accedere al circuito è sufficiente una telefonata al numero verde**

**800-069477**

**(per telefonate dall'estero:**

**+39.02.58286445).**

Il personale della centrale operativa è a completa disposizione degli Assicurati per chiarimenti ed approfondimenti sulle strutture e per soddisfare le loro richieste di prenotazione (dalle ore 8.00 alle ore 18.00 i giorni feriali e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato), mentre il servizio di consulenza medica telefonica è attivo 24 ore al giorno per 365 giorni l'anno.

# cosa fare in caso di sinistro

## spese sanitarie

L'Assicurato può scegliere di attivare o meno il servizio SalveCard, ovvero di accedere al circuito di cliniche convenzionate e medici.

### Cosa fare se si vuole utilizzare il servizio SalveCard

#### 1) Come si accede alle prestazioni

Se l'Assicurato decide di **avvalersi della SalveCard**, prima di accedere alle strutture sanitarie dovrà telefonare a Europ Assistance al **numero verde 800-069477** (per le telefonate dall'estero **+39.02.58286445**) per effettuare la prenotazione, comunicando:

- Numero di polizza
- Cognome e nome dell'Assicurato che necessita di ricovero o di intervento chirurgico
- Causale del ricovero o intervento chirurgico (lettura della certificazione medica)
- Indirizzo temporaneo se diverso dal domicilio
- Recapito telefonico

La telefonata sarà considerata denuncia di sinistro e non occorrerà rivolgersi all'Agenzia. Dovrà inoltre inviare via fax (numero 02.5838.4578) la richiesta del medico che specifichi il motivo del ricovero.

La preventiva richiesta dell'Assicurato alla Centrale Operativa, l'invio della prescrizione del medico che certifichi la necessità di ricovero o dell'intervento chirurgico e la successiva conferma da parte della Centrale Operativa dell'avvenuta prenotazione, sono condizioni essenziali per l'operatività del pagamento diretto da parte di Europ Assistance.

Il tempo intercorrente tra la richiesta dell'Assicurato effettuata alla Centrale Operativa ed il ricovero non potrà essere inferiore a 24 ore. Al momento del ricovero l'Assicurato dichiarerà alla Struttura sanitaria di avvalersi del servizio.

#### 2) Come avviene l'indennizzo

La Compagnia, tramite Europ Assistance, riceve la necessaria documentazione

(cartelle cliniche, esami specialistici, certificazioni mediche riguardanti l'esame della malattia, ricevute o fatture di pagamento in originale) effettuate tutte le indagini e verificata la validità delle garanzie, nei limiti di quanto previsto nel contratto, provvede a:

- pagare direttamente alle Strutture ed ai Medici convenzionati le prestazioni sanitarie erogate;
- versare all'Assicurato tramite assegno gli importi dovuti relativi a:
  - a) spese sostenute in proprio (dalle quali vengono tolti gli eventuali scoperti o franchigie previsti in polizza);
  - b) diaria sostitutiva nei modi e nei termini di cui si è detto nel paragrafo "Ricorso al S.S.N. – Diaria sostitutiva";
  - c) indennità di ricovero (se è prevista dalla forma D).

L'Assicurato delega Zurigo Assicurazioni a pagare o a far pagare in suo nome e per conto le spese sostenute per prestazioni previste dal contratto.

L'Assicurato sarà comunque tenuto a rimborsare alla Compagnia le somme che questa dovesse richiedergli per pagamenti effettuati agli Istituti di Cura ed ai medici, se si dovesse accertare l'inoperatività e/o l'inefficacia dell'assicurazione nonché per pagamenti che superano il limite massimo disponibile o sui quali non sia stata applicata l'eventuale franchigia.

### Cosa fare se non si vuole utilizzare il servizio SalveCard

#### 1) Come si denuncia il sinistro

Se l'Assicurato decide di **non avvalersi della SalveCard** e quindi del Servizio Europ Assistance, può rivolgersi a qualsiasi medico o struttura sanitaria, pagando direttamente la prestazione.

La denuncia di sinistro, insieme alla relativa documentazione sanitaria e di spesa, deve essere fatta per iscritto utilizzando il modulo allegato. Tale modulo potrà essere inviato o

alla sede della Compagnia, o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure a Europ Assistance entro cinque giorni dal ricovero (o dall'intervento chirurgico, se successivo) o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

## 2) Come avviene l'indennizzo

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato dietro presentazione di cartelle cliniche, esami specifici, certificazioni mediche contenenti l'accertamento della malattia e di documentazione fiscalmente idonea e opportunamente quietanzata.

L'Assicurato o i suoi familiari devono consentire la visita di medici della Compagnia (o incaricati di Europ Assistance) e qualsiasi indagine questi ritengano necessaria. Tutto ciò comporta lo scioglimento del segreto professionale dei medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

## Norme generali relative all'indennizzo

In tutti i casi in cui è prevista una diaria, il pagamento delle indennità definite nell'accordo viene effettuato alla fine del periodo di ricovero e convalescenza.

Il giorno di entrata e quello di uscita dall'Istituto di Cura verranno entrambi considerati giornate di ricovero.

Qualora non ci sia immediato accordo tra le parti sull'ammontare dell'indennizzo, la Compagnia nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio medico previsto al successivo punto Controversie, provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio medico.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono effettuati in Italia ed in valuta locale al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.

La documentazione di spesa verrà restituita in originale all'Assicurato con l'indicazione dell'avvenuto rimborso.

## Interruzione Servizio Europ Assistance

La Compagnia si riserva il diritto di far cessare la convenzione con Europ Assistance e di sostituire la convenzione medesima con una equivalente con altra Società.

La cessazione della convenzione o la sua sostituzione avrà effetto alla scadenza annuale successiva alla comunicazione della Compagnia, che sarà comunque effettuata con preavviso minimo di 45 giorni dalla suddetta scadenza. In caso di cessazione della convenzione senza sostituzione, rimane ferma la validità del contratto per tutte le prestazioni in esso contemplate.

L'Assicurato comunque avrà la facoltà di recedere dall'assicurazione dandone comunicazione alla Compagnia al massimo entro la suddetta scadenza annuale.

## Controversie – arbitrato irrituale

La soluzione di eventuali controversie di tipo medico sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sulla natura e origine della malattia, è rinviata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo in cui deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio medico risiede nella città dove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

I risultati delle dispute devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

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

# garanzia assistenza (forma base)

## Premessa

La Compagnia, per la gestione e la liquidazione dei sinistri relativi alla presente garanzia, si avvale di: Europ Assistance Italia S.p.A. con sede in Milano 20135 – Piazza Trento, 8.

## Prestazioni

### 1. Consulenza medica

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, 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.

### 2. Invio di un medico generico in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese della Compagnia, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

### 3. Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa provvederà ad inviarla direttamente, tenendo la Compagnia a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

### 4. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia sia affetto da una patologia che viene

ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Centrale Operativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Centrale Operativa provvederà:

- ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
  - aereo sanitario
  - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato
  - treno prima classe, e occorrendo, il vagone letto
  - autoambulanza, senza limiti di percorso (la Centrale Operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo per i trasferimenti verso Paesi Europei);
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della Centrale Operativa. Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato, nonché le terapie riabilitative.

### 5. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui al punto 4. che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Centrale Operativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Centrale Operativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Compagnia, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

#### **6. Informazioni medico sanitarie**

Le seguenti prestazioni sono operanti dalle ore 8.00 alle ore 18.00 dal Lunedì al Venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali. Qualora l'Assicurato, in seguito alla prescrizione da parte del medico curante di un ricovero in una Struttura sanitaria, necessiti di ricevere indicazioni riguardanti le prassi amministrative di accesso al Sistema Sanitario Nazionale, con particolare riguardo a:

- accesso alle pratiche di rimborso "indiretto" da parte del S.S.N. (patologie ed interventi interessati, documentazione richiesta, uffici di riferimento...), con particolare riguardo ai ricoveri avvenuti in strutture sanitarie all'estero;
- strutture sanitarie pubbliche che svolgono attività libero-professionale intra-moenia; potrà mettersi in contatto con la Centrale Operativa che fornirà le informazioni richieste.

**Le seguenti prestazioni sono fornite a seguito di infortunio o malattia occorso all'Assicurato quando si trova ad oltre 50 km dal proprio comune di residenza.**

#### **7. Rientro sanitario**

Qualora a seguito di infortunio o malattia le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Compagnia, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa. La Centrale Operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in Paesi Europei. La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a spese della Compagnia, ha il diritto di richiedere all'Assicurato stesso, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;
- le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

#### **8. Invio di medicinali urgenti**

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato per le cure del caso, necessiti urgentemente, secondo parere medico, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia) irreperibili sul posto, la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo più rapido tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali. Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.

#### **9. Rimpatrio salma**

Qualora l'Assicurato sia deceduto a seguito di infortunio o malattia, la Centrale Operativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia,

tenendo la Compagnia a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di Euro 2.600 per sinistro, ancorché siano coinvolti più assicurati. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la Centrale Operativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

#### **10. Rientro anticipato**

Qualora l'Assicurato in viaggio debba rientrare alla residenza prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa di avvenuto decesso di un familiare in Italia (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), come da data

risultante su certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, la Centrale Operativa organizzerà, tenendo la Compagnia a proprio carico le relative spese, il viaggio in treno, prima classe, o in aereo, classe economica, fino al luogo dove è deceduto in Italia il familiare o al luogo ove il familiare deceduto viene inumato.

#### **11. Viaggio di un familiare**

Qualora a seguito di infortunio o malattia occorsi in viaggio l'Assicurato necessiti di un ricovero in 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, tenendo la Compagnia a proprio carico le relative spese.

# garanzia assistenza (forma completa)



**Oltre alle prestazioni previste dalla forma Base, la garanzia Assistenza (forma completa) consente di avvalersi delle seguenti prestazioni**

## Prestazioni

### 1. Second Opinion

Le seguenti prestazioni sono operanti dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal Lunedì al Venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali. Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeutamente, necessiti di consulenza medica relativa ad un approfondimento del proprio stato di salute, l'Assicurato stesso potrà contattare i medici della Centrale Operativa al fine di ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti. Nel caso si ritenga opportuno richiedere una seconda valutazione clinico-diagnostica, la Centrale Operativa metterà in contatto l'Assicurato con la Centrale di Telemedicina ed effettuerà la seconda opinione medica avvalendosi dell'esperienza dei propri medici specialisti qualificati a livello internazionale. Per beneficiare della prestazione, l'Assicurato dovrà spiegare ai medici della Centrale di Telemedicina il caso clinico per il quale richiede l'approfondimento o la seconda opinione medica. I medici della Centrale di Telemedicina, inquadrato il caso con l'Assicurato e concordata la necessità della seconda opinione medica, procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria ed elaborano i quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti. La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa al Centro Medico Internazionale di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, formula una risposta scritta, che verrà inviata all'Assicurato per il tramite della Centrale Operativa. Entro 7 giorni dalla data di ricevimento della seconda opinione medica è facoltà dell'Assicurato richiedere 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 video conferenza.

**Le seguenti prestazioni sono riservate agli assicurati a seguito di ricovero con o senza intervento chirurgico.**

### 2. Ospedalizzazione domiciliare

In caso di ricovero dell'Assicurato della durata di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, la Centrale Operativa organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 30 giorni. Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dal servizio medico della Centrale Operativa in accordo con i medici curanti dell'iscritto. Inoltre, qualora l'Assicurato necessiti, nel periodo post-ricovero di cui sopra, dalle ore 20.00 alle ore 08.00 nei giorni feriali oppure nei giorni festivi, l'invio di personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale) la Centrale Operativa, nei 30 giorni successivi alle dimissioni dall'istituto di cura, ne organizzerà l'invio fino ad un massimo di 3 volte per ricovero. I costi sono a carico della Compagnia.

### 3. Servizi Sanitari

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti

degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

#### 4. Servizi non Sanitari

Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, non possa lasciare il proprio domicilio, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

### Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni di Assistenza

1. La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità del servizio è di 60 giorni. Tutte le prestazioni sono fornite fino ad un massimo di tre volte per anno di validità del servizio.
  2. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, 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 dall'esame del sinistro stesso.
  3. Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
    - guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
  4. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Compagnia non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
  5. Ogni diritto nei confronti della Compagnia si prescrive entro il termine di un anno dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 C.C..
  6. Il diritto alle assistenze fornite dalla Compagnia decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro.
  7. La polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.
  8. Per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni della legge italiana.
- 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 ed 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;
  - malattie nervose e mentali;
  - malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

### **Istruzioni per la richiesta di assistenza**

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde:

**800-069477**

oppure al numero di Milano

**02 58286.445**

Oppure se non può telefonare può inviare un telegramma:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.  
Piazza Trento, 8  
20135 MILANO.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. Il tipo di assistenza di cui necessita

2. Nome e Cognome
3. Numero di polizza preceduto dalla sigla **ZADI** per chi acquista la forma Completa oppure **ZBAS** per chi acquista la forma Base
4. Indirizzo del luogo in cui si trova
5. Il recapito telefonico dove la Centrale Operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

La Centrale Operativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Centrale Operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

# allegato 1

## elenco grandi interventi chirurgici

### **Cranio e sistema nervoso centrale e periferico**

- Anastomosi vasi intraextracranici
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Cranioplastiche
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Deviazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- Emisferectomia
- Endoarteriectomia o chirurgia dei vasi del collo
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Laminectomia per tumori intradurali extramidollari
- Laminectomia per tumori intramidollari
- Malformazioni aneurismatiche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi)
- Neurotomia retrogasseriana – sezione intracranica di altri nervi
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Operazioni per encefalomeningocele
- Psicochirurgia
- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale
- Terapia chirurgica delle fistole arterovenose:
  - a) aggressione diretta
  - b) legatura vaso-afferente intra-cranico
  - c) legatura vaso-afferente extra-cranico

- Vagotomia per via toracica

### **Faccia e bocca**

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Demolizione dell'osso frontale
- Fratture dei mascellari superiori. Trattamento chirurgico e ortopedico
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare. Trattamento chirurgico e ortopedico
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Plastica per paralisi del nervo facciale
- Resezione mascellare superiore
- Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi

### **Collo**

- Asportazione della ghiandola sottomascellare per infiammazioni croniche e neoplasie benigne e tumori maligni
- Interventi per asportazioni di tumori maligni del collo
- Svuotamento ganglionare latero cervicale bilaterale
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne

### **Esofago**

- Collocazioni di protesi endoesofagea per via toraco-laparatomica
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea peptica post-operatoria
- Interventi per diverticolo dell'esofago

- Legatura di varici esofagee
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigna, per tumori, resezioni parziali basse alte e totali
- Resezioni dell'esofago cervicale
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo

#### **Torace**

- Asportazione del timo
- Asportazione di tumori bronchiali per via endoscopica
- Asportazione di tumori maligni con svuotamento del cavo ascellare
- Decorticazione polmonare
- Interventi per fistole bronchiali cutanee
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi sul mediastino per tumori
- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare
- Pleuro pneumectomia
- Pneumectomia
- Pneumolisi a cielo aperto
- Pneumotomia per asportazioni di cisti da echinococco
- Resezione bronchiale, con reimpianto
- Resezione segmentarie e lobectomia
- Toracoplastica parziale
- Toracoplastica totale
- Toracotomia esplorativa

#### **Chirurgia cardiaca**

- Interventi a cuore aperto
- Interventi a cuore chiuso
- Pericardiectomia

#### **Stomaco e duodeno**

- Cardiomotomia extramucosa
- Esofago-cardioplastica
- Gastroectomia totale

- Gastroectomia totale per via toraco-laparotomica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Intervento per mega esofago
- Pilonoplastica + vagotomia
- Reintervento per mega-esofago
- Resezione gastrica
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche

#### **Peritoneo e intestino**

- Colectomia segmentaria
- Colectomia totale
- Enteroanastomosi
- Exeresi di tumori retroperitoneali
- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali
- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione dell'intestino – resezioni intestinali
- Occlusione intestinale di varia natura – resezione intestinale
- Resezione del tenue
- Resezione ileo-cecale
- Resezione intestinale
- Sutura della lesione

#### **Retto e ano**

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in più tempi
- Amputazione del retto per via addomino perineale : in un tempo
- Amputazione del retto per via addomino perineale
- Amputazione del retto per via perianale
- Amputazione del retto per via sacrale
- Operazione per mega colon
- Resezione anteriore del retto

#### **Fegato e vie biliari**

- Colectistectomia

- Drenaggio biliodigestivo intraepatico
- Epatico e coledocotomia
- Epatico – digiuno – duodenostomia
- Epatotomia semplice per cisti da echinococco
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia)
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia)
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Resezione epatica

#### **Pancreas e milza**

- Anastomosi mesenterica-cava
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale
- Deconnessione azygos-portale
- Interventi demolitivi del pancreas:
  - a) totale o della testa
  - b) della coda
- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas:
  - a) enucleazione delle cisti
  - b) marsupializzazione
  - c) cistovisceroanastomosi
- Interventi per fistole pancreatiche
- Splenectomia

#### **Vasi**

- Disostruzione by-pass aorta addominale
- Interventi per aneurisma dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima
- Operazione sulla aorta toracica e sulla aorta addominale
- Resezione arteriosa con plastica vasale

#### **Ortopedia e traumatologia**

- Artroprotesi di anca
- Artroprotesi di ginocchio
- Artroprotesi di gomito
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Protesi di femore
- Protesi di ginocchio
- Protesi di polso
- Protesi di spalla e gomito
- Protesi di Thompson
- Vertebrotonomia

#### **Urologia**

- Cistectomia totale
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia
- Fistole vescico-vaginale
- Ileocisto plastica – colecisto plastica
- Intervento per estrofia della vescica
- Intervento per fistola vescico-intestinale
- Intervento per fistola vescico-rettale
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)
- Nefroureterectomia totale (taglio allargato)
- Resezione renale con clampaggio vascolare
- Surrenalectomia
- Uretero-ileo-anastomosi (o colo-bilaterale o totale)

#### **Apparato genitale**

- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
- Cura chirurgica di fistola retto-vaginale
- Cura chirurgica di fistola ureterale
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
- Eviscerazione pelvica

- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- Isterectomia per via vaginale
- Isterectomia totale con annessiectomia per via laparatomica
- Isterectomia totale per via laparatomica
- Metroplastica
- Orchiectomia allargata per tumore
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
- Pannisterectomia radicale per via addominale
- Pannisterectomia radicale per via vaginale
- Vulvectomy allargata
- Vulvectomy totale

#### Oculistica

- Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile
- Iridocicloretrazione
- Trabeculectomia

#### Otorinolaringoiatria

- Anastomosi e trapianti nervosi
- Asportazione di tumori dell'orecchio medio
- Asportazione di tumori dell'orecchio medio e del temporale
- Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- Chirurgia del sacco endolinfatico

- Chirurgia della sindrome di Ménière
- Chirurgia endoauricolare della vertigine
- Distruzione del labirinto
- Interventi per otosclerosi
- Neurinoma dell'VIII paio
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Sezione del nervo cocleare
- Sezione del nervo vestibolare
- Timpanoplastica

#### Laringe

- Interventi per paralisi degli abducenti
- Laringectomia orizzontale sopraglottica
- Laringectomia parziale verticale
- Laringectomia ricostruttiva
- Laringectomia totale
- Laringefaringotomia
- Tumori maligni di altre sedi (tonsille, eccetera)
- Tumori maligni di altre sedi (tonsille, eccetera) con svuotamento laterocervicale
- Tumori parafaringei

#### Trapianti

- Trapianto organi degli apparati:
  - circolatorio
  - digerente
  - respiratorio
  - urinario
- Trapianto cornea
- Trapianti ossei









