

**POLIZZA CONVENZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE**

**N. 77691603**

TRA

**ALLIANZ S.P.A.**  
Sede Legale  
Largo Ugo Irneri, 1  
34123 - TRIESTE  
Part. IVA 05032630963

E

**UNIONE NAZIONALE FRA I PENSIONATI BANCO DI NAPOLI**

Via Paolo Emilio Imbriani, 9

80132 NAPOLI

C.F. 80038480630

Napoli, 31.12.2017

**Aborto**

Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

**Aborto spontaneo**

Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

**Aborto terapeutico**

Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.

**Accertamento diagnostico**

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo

**Anno**

Periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

**Assicurato**

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

**Assicurazione**

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

**Assistenza**

L'aiuto in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

**Assistenza Infermieristica**

Attività relativa all'assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista

**Centrale Operativa/Struttura organizzativa**

E' la struttura di CASPIE costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della

Società, le prestazioni previste dalla polizza.

La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a:

✓ organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;

✓ fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

**Contraente**

La Spettabile Unione Nazionale Pensionati Banco di Napoli.

**Day-hospital**

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza

diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

**Difetto fisico**

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Diagnosi comparativa**

Consulenza di elevato profilo medico specialistico erogata, sulla base della documentazione fornita all'Assicurato, da una struttura di medici specialisti internazionali.

**Documentazione sanitaria**

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

**Fascicolo informativo**

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.

**Franchigia**

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

**Indennità sostitutiva per ricovero in copertura con Opzione Light**

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero a seguito di Grande intervento Chirurgico, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.

**Indennità sostitutiva per ricovero in copertura con Opzione Top**

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero o day-hospital, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di polizza.

**Indennizzo**

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

**Infortunio**

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

**Intervento chirurgico**

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di farmaci.

**Intervento chirurgico ambulatoriale**

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

**Istituto di Cura**

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

**Ivass**

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da Isvap dal 1° gennaio 2013.

**Libera professione intramuraria:**

L'attività che il personale medico alle dipendenze dell'SSN esercita in forma individuale o di equipe, al di fuori dall'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'Assicurato e con oneri a carico dello stesso.

**Malattia**

Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.

**Malformazione**

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

**Massimale**

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

**Periodi di carenza contrattuali**

Periodo nel quale non sono attive le garanzie del contratto e pertanto non possono essere autorizzate prestazioni dirette né rimborsate le spese sostenute.

**Polizza**

Il documento che prova l'assicurazione.

**Premio**

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono quelli previsti dalla normativa vigente.

**Questionario Sanitario**

Documento contenente le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la patria potestà, che costituisce parte integrante della polizza.

**Reclamo**

Una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di un'impresa di assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

**Reclamante**

Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, ad esempio il contraente, l'assicurato, il beneficiario e il danneggiato.

**Retta di degenza**

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

**Ricovero**

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

**Rischio**

La probabilità del verificarsi del sinistro.

**Scoperto**

Percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

**Sinistro**

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Società.

**Società**

La Spettabile Allianz SpA.

**Struttura sanitaria convenzionata**

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi – dedicati al presente Piano Sanitario – con cui ALLIANZ ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

## 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

### Opzione Light

- ricovero in Istituto di cura da grande intervento chirurgico;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza.

### Opzione Top

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

## 2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore di tutti gli Iscritti all' Unione Nazionale fra i Pensionati Banco di Napoli – presenti negli elenchi dell'ente medesimo – che abbiano accettato entro la data di effetto indicata in polizza l'attivazione della presente copertura.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio come indicato all'art. 10 a tutto il nucleo fiscalmente a carico inteso come coniuge o convivente "more uxorio" e figli, oppure al coniuge o convivente "more uxorio" non fiscalmente a carico, ai figli non fiscalmente a carico - anche se non conviventi -, ai nipoti, al genero, alla nuora del titolare pensionato.

L'inserimento di tutti i nuovi familiari per il piano "light" e di tutti i nuovi familiari non fiscalmente a carico per il piano "top" sarà vincolato alla compilazione di un questionario anamnestico fornito dalla Compagnia.

**3. RICOVERO DA GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO****3.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO**

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

**a) Pre-ricovero**

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **100** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

**La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.**

**b) Intervento chirurgico**

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento

(risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

**c) Assistenza medica, medicinali, cure garanzia 1**

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

**d) Rette di degenza**

**Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.**

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 250,00 al giorno.

**e) Accompagnatore**

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 70,00 al giorno per un massimo di 50 giorni per ricovero.

**f) Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero sia in strutture convenzionate che non convenzionate.

**g) Post ricovero**

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

**Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.**

**3.2 TRASPORTO SANITARIO**

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero reso necessario da Grande intervento chirurgico.

### 3.3 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste al punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

### 3.4 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":

- lett. a) "Pre ricovero";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

Nel caso di ricovero chirurgico le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di €. 1.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":

- lett. d) "Retta di degenza";
- lett. e) "Accompagnatore";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.5 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett.

a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b)

"Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

### 3.5 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per anno assicurativo.

### 3.6 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 30.000,00 per assicurato.

### 4. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE ALLIANZ

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati con conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

### 5. SERVIZI DI CONSULENZA

#### In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di Caspie telefonando al numero verde 800-254313 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 039.6554.6443

#### a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

#### b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate.

#### c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

**6. RICOVERO****6.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO**

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

**a) Pre-ricovero** Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'incidento che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

**b) Intervento chirurgico**

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento

(risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

**c) Assistenza medica, medicinali, cure garanzia 1**

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

**d) Rette di degenza**

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 250,00 al giorno.

**e) Accompagnatore**

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 70,00 al giorno per un massimo di 50 giorni per ricovero.

**f) Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero sia in strutture convenzionate che non convenzionate.

**g) Post ricovero**

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'incidento che ha determinato il ricovero.

Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

**6.2 TRASPORTO SANITARIO**

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero.

**6.3 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO**

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 6.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

#### **6.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO**

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 6.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

#### **6.5 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E/O INFORTUNIO**

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 6.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

#### **6.6 PARTO CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO O SPONTANEO**

In caso di parto cesareo, aborto terapeutico o spontaneo, effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", g) "Post-ricovero", e 6.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata entro il massimale dell'area ricovero e si intende operante presso le strutture convenzionate con la Società, presso le strutture non convenzionate ed anche nel caso in cui l'Assicurata si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale

#### **6.7 RIMPATRIO DELLA SALMA**

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 2.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

#### **6.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

**a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.**

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di una franchigia di € 1.000,00 - ridotta a € 600,00 nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale -, ad eccezione delle seguenti:

punto 6.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":

lett. a) "Pre ricovero"

lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 6.2 "Trasporto sanitario";

punto 6.7 "Rimpatrio della salma"

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti.

**b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.**

Nel caso di ricovero chirurgico le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 25%, un minimo non indennizzabile di € 1.000,00 e un massimo non indennizzabile di € 8.000,00. Nel caso di ricovero medico le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 15%, un minimo non indennizzabile di € 1.100,00 e un massimo non indennizzabile di € 4.000,00.

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 600,00, un massimo non indennizzabile di € 1.000,00, entro il sotto massimale di € 8.000,00.

Fanno eccezione le spese sostenute per le seguenti prestazioni:

punto 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":

- lett. d) "Retta di degenza";
- lett. e) "Accompagnatore";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 6.2 "Trasporto sanitario";

punto 6.7 "Rimpatrio della salma"

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

#### c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 6.9 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'Indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

#### **6.9 INDENNITA' SOSTITUTIVA**

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, ferma restando la possibilità da parte della Società di provvedere al pagamento delle spese di "pre" e "post ricovero" con le modalità di cui ai punti 6.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. a) Pre ricovero e lett. g) Post ricovero, avrà diritto a un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero.

In caso di ricovero medico, l'indennità sostitutiva sarà corrisposta a partire dal 6° giorno di degenza.

Nel caso di ricovero in regime di day hospital, l'importo giornaliero della diaria si intende di € 50,00 per ogni day hospital a partire dal 1 day hospital.

#### **6.10 MASSIMALE ASSICURATO**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie sulindicate corrisponde a € 180.000,00 (EURO CENTOTTANTAMILA) per nucleo familiare.

#### **7 PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE E VISITE SPECIALISTICHE**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni indicate ai successivi articoli 7.1, 7.2, 7.3, corrisponde a € 6.000,00 per nucleo familiare.

#### **7.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE**

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

**Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")**

- ✓ Angiografia
- ✓ Artrografia
- ✓ Broncografia

- ✓ Cistografia
- ✓ Cistouretrografia
- ✓ Clisma opaco
- ✓ Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- ✓ Colangiografia percutanea (PTC)
- ✓ Colangiografia trans Kehr
- ✓ Colecistografia
- ✓ Dacriocistografia/Dacriocistotac
- ✓ Defecografia
- ✓ Fistelografia
- ✓ Flebografia
- ✓ Fluorangiografia
- ✓ Galattografia
- ✓ Isterosalpingografia
- ✓ Mielografia
- ✓ Retinografia
- ✓ Rx esofago con mezzo di contrasto
- ✓ Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- ✓ Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- ✓ Scialografia
- ✓ Splenoportografia
- ✓ Urografia
- ✓ Vesciculodeferentografia
- ✓ Videoangiografia
- ✓ Wirsunggrafia

#### **Accertamenti**

- ✓ Accertamenti endoscopici (compresi, **per esempio**, broncoscopia, cistoscopia, colonscopia, duodenoscopia, gastroscopia, rettoscopia, pancolonscopia, esofagoscopia, **con o senza** biopsia con **o senza** esame istologico)
- ✓ Diagnostica radiologica
- ✓ Doppler
- ✓ Ecocardiografia
- ✓ Ecografia
- ✓ Elettroencefalogramma
- ✓ Elettromiografia
- ✓ Mammografia o Mammografia Digitale
- ✓ PET
- ✓ Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- ✓ Scintigrafia
- ✓ Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

#### **Terapie**

- ✓ Chemioterapia
- ✓ Cobaltoterapia
- ✓ Dialisi
- ✓ Radioterapia
- ✓ Laserterapia a scopo fisioterapico

#### **Altro**

- ✓ MOC
- ✓ Agopuntura, purché effettuata da medico
- ✓ Stratigrafia
- ✓ Accertamenti radiologici (tutte le rx)

- ✓ Telecuore
- ✓ Uroflussometria
- ✓ Radionefrogramma

- ✓ Holter sia pressorio che cardiaco
- ✓ Amniocentesi
- ✓ Terapia radiante

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

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 80,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

**Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

**Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per ogni ticket.**

### **7.2 ALTA SPECIALIZZAZIONE BJS**

Rimborso spese per applicazione e rimozione di apparecchi gessati/immobilizzanti

il rimborso delle spese per l'applicazione e la rimozione di apparecchi gessati/immobilizzanti sarà effettuabile previo l'inoltro, oltre che del certificato di P.S. o di un pollambulatorio specialistico, del referto del medico specialista indicante la data di applicazione e la data di rimozione di gessi/apparecchi immobilizzanti.

**Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per ogni fattura/persona.**

**Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per ogni ticket.**

### **7.3 VISITE SPECIALISTICHE ANCHE OMEOPATICHE**

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e visite omeopatiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 60,00 per ogni visita specialistica.**

**Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 80,00 per ogni visita specialistica.**

**Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per ogni ticket.**

Il massimale assicurato per le Visite Specialistiche anche Omeopatiche corrisponde a € 800,00 all'anno per nucleo familiare e deve essere inteso come sottomassimale di quello indicato all'art. 7. "Prestazioni di alta specializzazione e visite specialistiche"

#### 8. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE ALLIANZ

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

#### 9. SERVIZI DI CONSULENZA

##### In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di Allianz telefonando al numero verde 800-254313 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 039.6554.6443.

##### a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

##### b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate.

##### c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

## 10. PREMIO

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

### Opzione Light

- |   |   |        |
|---|---|--------|
| a) Assicurato.....  | € | 140,00 |
| b) Coniuge o convivente "more uxorio" o figlio, sia fiscalmente che non fiscalmente a carico... | € | 140,00 |
| c) Familiari non fiscalmente a carico quali nipote, nuora, genero del titolare.....             | € | 140,00 |

- L'inserimento di tutti i nuovi familiari non fiscalmente a carico come sopra riportato di cui ai punti b), c), sarà vincolato alla compilazione di un questionario anamnestico fornito dalla Compagnia.
- Non è invece prevista la compilazione del suddetto questionario per i familiari già inclusi in copertura nel 2017 o per i nuovi familiari fiscalmente a carico.

### Opzione Top

- |   |   |          |
|---|---|----------|
| a) Assicurato single.....   | € | 1.050,00 |
| b) Pensionato e nucleo fiscalmente a carico, inteso come coniuge o convivente "more uxorio" e figli.....    | € | 1.350,00 |
| c) figli fiscalmente a carico ma non conviventi   | € | 490,00   |
| d) coniuge non fiscalmente a carico o convivente "more uxorio" .....  | € | 490,00   |
| e) ogni figlio non fiscalmente a carico, anche se non convivente, nipote, nuora o genero del titolare ..... | € | 490,00   |

L'inserimento di tutti i nuovi familiari come sopra riportato di cui ai punti d), e), sarà vincolato alla compilazione di un questionario anamnestico fornito dalla Compagnia.

Non è invece prevista la compilazione del suddetto questionario per i familiari già inclusi in copertura nel 2017 e per i nuovi pensionati e/o familiari a carico per i quali saranno previsti i termini di carenza come indicato al relativo articolo A.2 "Periodi di carenza contrattuali.

## 11. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i soci, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'art. 2 "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

### SEZIONE PIANO " LIGHT"

#### 1) Inserimento di nuovi assicurati e nuovi familiari in data successiva all'effetto di polizza

La garanzia per gli assicurati decorre dal giorno dell'iscrizione all'unione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'iscrizione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora l'assicurato intenda inserire i familiari indicati al punto 2 "Persone assicurate" dovrà includerli nella copertura all'atto dell'iscrizione e non potrà inserirli successivamente, ad eccezione dei nuovi nati. L'inclusione verrà effettuata - fermo restando quelli già esistenti - mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e questionario e pagamento del relativo premio.

### SEZIONE PIANO " TOP"

#### 2) Coniuge e figli fiscalmente a carico

Per gli assicurati già iscritti alla data di effetto del contratto, il coniuge e i figli fiscalmente a carico possono essere inclusi anche in un momento successivo al termine ultimo fissato per la consegna della scheda di adesione.

In questo caso la garanzia decorre dal giorno di effetto del contratto sempreché l'inclusione venga comunicata alla Società prima della fine dell'annualità assicurativa. Qualora la comunicazione non

pervenga entro la scadenza dell'annualità assicurativa la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

3) Coniuge e figli fiscalmente non a carico e convivente "more uxorio" nonché nipoti, nuore e generi

Per gli assicurati già iscritti alla data di effetto del contratto, il coniuge e i figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", nipoti, nuore e generi possono essere inclusi mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo e questionario tassativamente entro la data del 31/01/18. Oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge e i figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", nipoti, generi, nuore di assicurati neo iscritti all'unione.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

4) Inserimento di nuovi assicurati in data successiva all'effetto di polizza

Le inclusioni di assicurati in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove iscrizioni all'Unione Nazionale fra i Pensionati Banco di Napoli. La garanzia per l'assicurato e i familiari indicati al punto 2 "Persone assicurate", decorre dal giorno dell'iscrizione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'iscrizione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora l'assicurato intenda inserire i familiari indicati al punto 2 "Persone assicurate" dovrà includerli nella copertura all'atto dell'iscrizione e non potrà inserirli successivamente, ad eccezione dei nuovi nati. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

5) Variazione del requisito di carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; la copertura potrà essere mantenuta con versamento del premio per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico da parte del socio. Qualora il coniuge o il figlio non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia resterà comunque attiva per l'Assicurato interessato, mentre il relativo premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di acquisizione del suddetto requisito e la prima scadenza utile di polizza verrà restituito all'Assicurato stesso al netto delle imposte.

**SEZIONE VALIDA PER PIANO "LIGHT" E PIANO "TOP"**

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 1, 3, 4, 5 del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

- ✓ al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;
- ✓ al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.

Alla scadenza dell'annualità si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in via definitiva alla società in base alle variazioni intervenute in corso d'anno.

6) Uscita/esclusione dal piano sanitario

In caso di esclusione dal piano sanitario, il pensionato e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza utile successiva.

7) Passaggio dalla copertura "Light" alla copertura "Top "

Per gli assicurati già iscritti al piano "light" alla data di effetto del contratto e per i relativi nuclei familiari, sarà possibile attivare la copertura "Top" entro e non oltre il 31/12/2017.

**Non sarà possibile in nessun caso richiedere l'attivazione della copertura "top" in corso d'anno. Tale passaggio potrà essere richiesto alla prima scadenza annuale successiva**

## 12. MODALITA' DI PAGAMENTO

Al momento dell'emissione della presente polizza la Contraente si impegna a versare alla Società, a titolo di anticipo di premio a copertura del rischio assicurato, un importo pari a quello indicato nel frontespizio.

La Contraente provvederà a trasmettere alla Società le informazioni relative all'esatto numero di tutti i pensionati e relativi familiari assicurati per l'annualità 31/12/2017 – 31/12/2018, entro il 15/02/2018.

Tali informazioni verranno trasmesse mediante apposito supporto informatico, contenente i dati anagrafici degli

Assicurati (tra cui cognome, nome, codice fiscale, luogo e data di nascita, piano scelto, titolo familiare etc).

La Società procederà alla regolazione della rata contante mediante emissione di atto di variazione per l'importo a tal fine determinato, **in base all'effettiva composizione della popolazione assicurata.**

**L'importo dovuto dovrà essere versato entro il 31/03/2018.**

Il pagamento del premio è da corrispondersi in **rate trimestrali** di importo unitario calcolate in base al numero delle teste definitivo, censito con il tracciato record di cui sopra e con scadenza rispettivamente il:

1. 31/03/2018, per il periodo 31/12/2017 – 31/03/2018
2. 30/06/2018, per il periodo 01/04/2018 - 30/06/2018
3. 30/09/2018, per il periodo 01/07/2018 – 30/09/2018
4. 31/12/2018, per il periodo 01/10/2018 – 31/12/2018

Le movimentazioni che si verificheranno nel corso dell'annualità di polizza saranno gestite con apposito atto di variazione, con regolazione premio a fine anno.

**A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 31.12.2017, Se la Compagnia non incasserà entro la data fissata per il pagamento della prima rata, il relativo versamento, la copertura assicurativa cesserà fino all'avvenuto incasso di quest'ultimo.

I premi devono essere pagati alla Società e/o al Broker.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

Si specifica altresì che la copertura per gli assicurati e per i familiari avrà effetto in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società e al netto degli eventuali periodi di carenza, dalle ore 24.00 del ventesimo giorno successivo alla ricezione del tracciato record compilato con tutti i dati anagrafici richiesti degli attuali e dei nuovi assicurati e tutte le informazioni necessarie al fine di definire il piano assicurativo prescelto.

**A.1.1 EFFETTO DEI PERIODI DI GARANZIA**

Per gli Assicurati che hanno compilato il Questionario Sanitario prima della data di effetto dell'Assicurazione, ma non hanno accettato le limitazioni di garanzia proposte dalla Società prima di tale data, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui la Società viene a conoscenza dell'accettazione delle suddette limitazioni di garanzia da parte degli Assicurati stessi.

Per gli Assicurati che non hanno compilato il Questionario Sanitario prima della data di effetto dell'Assicurazione, questa ha effetto dalle ore 24 del giorno comunicato dalla Società, a condizione che la valutazione del Questionario Sanitario non determini la richiesta di particolari limitazioni di garanzia.

In caso contrario, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui la Società viene a conoscenza dell'accettazione di tali limitazioni di garanzia da parte degli Assicurati stessi.

**A.2 PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI**

Per il socio non coperto dalla precedente polizza, stipulata dall'Unione Nazionale fra i pensionati Banco di Napoli, la garanzia decorre dalle ore 24 del 120° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Per i familiari fiscalmente a carico del socio (intesi come coniuge, convivente e figli) non coperti da precedente polizza, la garanzia decorre dalle ore 24 del:

- 120° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione
- 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e le malattie da puerperio

Per i familiari non fiscalmente a carico del socio (intesi come coniuge, convivente, figli, nipoti, nuore e generi) non coperti da precedente polizza, FERMO l'obbligo dell'invio del questionario anamnestico in assenza del quale il piano non può intendersi operativo e fermo restante quanto indicato al precedente articolo A.1.1, la garanzia decorre:

- dalle ore 24:00 dell'effetto della polizza per gli eventi legati agli Infortuni
- dal 30° giorno successivo a quello di effetto della polizza per quanto attiene le Malattie,
- dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il Parto e per le Malattie da Puerperio

Per le inclusioni in corso d'anno le suddette carenze contrattuali decorreranno dalla data di richiesta di attivazione di copertura alla Compagnia.

### **A.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE**

La polizza ha durata biennale, con effetto dalle ore 24 del 31/12/2017 e scadenza alle ore 24 del 31/12/2019.

In mancanza di disdetta pervenuta all'altra parte mediante lettera raccomandata e spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un biennio e così successivamente.

### **A.4 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

### **A.5 ONERI FISCALI**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

### **A.6 FORO COMPETENTE**

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

### **A.7 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO**

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

### **A.8 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

### **A.9 OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE**

Nei casi di modifiche statutarie attinenti al trasferimento di sede sociale, al cambio di denominazione sociale o di trasferimento di tutto o parte del portafoglio, di fusione o scissione del portafoglio stesso, la Società invierà al Contraente e/o all'Assicurato una specifica comunicazione entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione.

### **A.10 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato rese in sede di compilazione del Questionario Sanitario, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita automatica totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 c.c.

### **A.11 ALTRE ASSICURAZIONI**

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'assicurato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c..

### **A.12 AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE**

Le circostanze legate al trasferimento della sede operativa o della sede legale dell'Azienda assicurata o le eventuali variazioni della professione degli assicurati possono influire sul rischio. Il Contraente, ai sensi dell'art. 1898 c.c., ha quindi l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società dette circostanze.

### A.13: OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il Contraente si impegna a consegnare o a mettere a disposizione dei singoli beneficiari di polizza le Condizioni di assicurazione (o la Guida al Piano Sanitario se prevista), concordando preventivamente con la Società le opportune modalità di consegna o di messa a disposizione.

### A.14 FACOLTA' DI RECESSO PER SINISTROSITA'

In caso di denuncia di sinistro sia la Società che il Contraente possono recedere dalla presente polizza e conseguentemente, con pari effetto, dalla totalità delle relative adesioni, al termine di ciascuna annualità con preavviso scritto di 60 (sessanta).

## B - LIMITAZIONI

### B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

### B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

#### Opzione Light

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva rientranti nell'elenco dei grandi interventi e resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri non resi necessari da grande intervento chirurgico, i day hospital e gli interventi chirurgici ambulatoriali;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza ancorché resi necessari da grandi interventi chirurgici. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
8. gli interventi non compresi nell'allegato grandi interventi chirurgici e le prestazioni extraospedaliere diverse da quelle previste pre e post grande intervento chirurgico;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. gli infortuni dovuti a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose in genere;
13. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;
15. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

### Opzione Top

#### L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. il parto naturale;
7. le prestazioni per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
8. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.  
S'intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
9. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo salvo i casi in cui la sostituzione viene richiesta per l'insorgere di una nuova patologia e/o nuovo infortunio;
10. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
12. i sinistri causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose genere commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
14. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;
16. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

### **B.3 LIMITI DI ETÀ'**

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento dell'88° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga l'88° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

**C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO**

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente chiedere la prenotazione della prestazione sul sito [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu) utilizzando la funzione "preattivazione" disponibile all'interno dell'Area Riservata.

Se non può accedere ad Internet e in caso di ricovero, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa CASPIE al numero verde gratuito 800254313 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso Internazionale per l'Italia +039.6554.6443) e specificare la prestazione richiesta.

Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate", C.1.2 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale" o C.1.3 "Sinistri in strutture convenzionate".

All'interno dell'Area riservata accessibile dal sito [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu) l'Assicurato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario.

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate al punto C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate" e 3.4/6.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate".

**C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente all'Unione Nazionale fra i pensionati Banco di Napoli Via P.E. Imbriani, 9 – 80132 Napoli, la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- Certificato di Pronto Soccorso in caso di Infortunio;
- in caso di ricovero(\*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), corrispondente all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(\*), in copertura con l'Opzione Top, referto operatorio, corrispondente all'originale;
- in caso di Parto Cesareo e Aborto Terapeutico/Spontaneo, in copertura con l'Opzione Top, copia della cartella clinica o in sostituzione copia della lettera di dimissione(\*);
- in caso di prestazioni extra-ricovero, in copertura con l'Opzione Top, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

(\*) Tutta la documentazione sanitaria relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero / intervento chirurgico ambulatoriale, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione. Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto 3.4/6.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate" per le garanzie di ricovero e con le modalità riportate nei singoli punti delle garanzie di specialistica, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

La Società s'impegna ad effettuare il rimborso all'Assicurato delle spese sostenute – al netto di eventuali franchigie e/o scoperti indicati in polizza – entro e non oltre il termine di 90 (novanta) giorni dal completo ricevimento della suindicata documentazione.

#### **C.1.2 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Per i ricoveri e le prestazioni extra-ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate" o C.1.3 "Sinistri in strutture convenzionate".

Per chiedere il rimborso di quanto speso l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Riservata del sito CASPIE [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu) e caricare i documenti in formato elettronico. In alternativa può usare il modulo cartaceo.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica corrispondente all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

#### **C.1.3 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE**

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La CASPIE provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Caspie a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate" o C.1.2 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

#### **C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA**

##### **A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate**

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla CASPIE effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

##### **B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate**

La documentazione di spesa ricevuta dalla CASPIE in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la CASPIE dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – si restituisce all'Assicurato, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La CASPIE, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle sue richieste di rimborso, mette a disposizione sul sito [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu) il servizio "prospetto liquidativo" che permette di stampare in qualsiasi momento, il riepilogo dei rimborsi con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

#### **C.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE**

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicili elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro ed è esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

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

#### **C.3 CLAUSOLA BROKER**

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker Aon S.p.A. - Via Cervantes,55/27 - 80133 Napoli - e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker Aon S.p.A. il quale tratterà con l'Impresa.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, s'intenderanno come fatte dal Contraente stesso.

In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker potranno intendersi come fatte all'Impresa soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa.

In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte all'Impresa ed avranno efficacia dal momento della ricezione da parte dell'Impresa stessa. (N.B.: paragrafo da coordinare/modificare nell'eventualità che nella polizza siano previste condizioni diverse, più favorevoli per l'assicurato)

**Il pagamento del premio realizzato in buona fede al broker ed ai suoi collaboratori si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs. 209/2005.**

Il Broker è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, ai sensi degli artt. 120 e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dell'art. 55, comma 2, del Regolamento Isvap n. 5/2006.

Qualora il Contraente (o l'Azienda) revochi l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro Broker oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Broker un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le Parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico al Broker cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti dell'Impresa.

L'Impresa stessa sarà in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed il/i Brokers o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

## 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 sul plesso brachiale

### OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

### OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale 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 CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria 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
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni retto-coliche per via anteriore (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 echinococcosi epatica
- Resezioni 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
- Cistoprostatovescicolectomia
- 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

## **CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)**

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

## **TRAPIANTI DI ORGANO**

- Tutti

**PREMIO DI POLIZZA**

PREMIO IMPONIBILE : € 0,975  
IMPOSTE (2,5%): € 0,024  
PREMIO LORDO: € 1,000

**UNIONE NAZIONALE FRA I  
PENSIONATI BANCO DI NAPOLI**

*Carlo della Ragione*



**ALLIANZ SPA**

*Gennadio Centillo*

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO, COPIA INTEGRALE DELLA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE PREVISTA DALLA NORMATIVA VIGENTE.

**UNIONE NAZIONALE FRA I  
PENSIONATI BANCO DI NAPOLI**

*Carlo della Ragione*



**ALLIANZ SPA**

*Gennadio Centillo*

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- Durata dell'assicurazione / tacito rinnovo dell'assicurazione
- Modalità di liquidazione
- Controversie
- Arbitrato

**UNIONE NAZIONALE FRA I  
PENSIONATI BANCO DI NAPOLI**

*Carlo della Ragione*



**ALLIANZ SPA**

*Gennadio Centillo*