

# Banca Polizza Rimb.Spese Mediche Completa

La tua polizza

Numero: 79507061  
Contraente ASSOC.NE EX DIP. BANCO DI SICILIA

I tuoi riferimenti  
Allianz

Agenzia principale di PALERMO 2000  
VIA E DE AMICIS 44  
90143 PALERMO  
Telefono: 091 6259034  
Fax: 091 6252587  
E-mail: PALERMO5@AGEALLIANZ.IT

Il sito internet

[www.allianz.it/areapersonale](http://www.allianz.it/areapersonale)  
Per consultare le informazioni relative alla tua polizza,  
alle scadenze e ai sinistri

Servizio Clienti

**Pronto Allianz**  
**800-68-68-68**

Per qualsiasi informazione, chiarimento o supporto

Allianz S.p.A. - Sede legale Largo Ugo Irneri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311  
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, P.IVA, Reg. imprese Trieste n. 05032630963 - Cap. sociale euro 403.000.000 i.v.  
Iscritta Albo imprese di assicuraz. n.1.00152 - Capogruppo del gruppo assicurativo Allianz, iscritto Albo gruppi  
assic. n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

**Allianz** 

## Elenco documenti

### Si consegnano al cliente i seguenti documenti

---

- Fascicolo Informativo
- Comunicazione informativa
- Informazioni da rendere al Contraente
- Scheda di Polizza

**La presente copertina non costituisce parte del contratto.**

---

### Allianz per te

La tua Area Personale sul web è ancora più ricca e aggiornata, per consultare in ogni momento la tua posizione assicurativa, e i principali documenti contrattuali.

Per accedere collegati al sito [Allianz.it](http://Allianz.it), registrati nella sezione "Area Personale", richiedi le tue credenziali di accesso e scopri tutte le novità a te dedicate.

---

DUPPLICATO

## Scheda di Polizza

### Contraente - Assicurato

Ragione Sociale: ASSOC.NE EX DIP. BANCO DI SICILIA ASSOCIAZ.  
 Codice fiscale/Partita IVA: 97000620829  
 Indirizzo: VIA CERDA 24  
 C.A.P.: 90139 Città: PALERMO (PA)

### Durata

Decorrenza: dalle ore 24:00 del 31/12/2016 Scadenza: ore 24:00 del 31/12/2017  
 Durata: anni 1 / mesi 0 / giorni 0  
 Al presente contratto viene applicata la deroga al tacito rinnovo.

### Clausola "Proroga termini di pagamento del Premio"

A parziale deroga di quanto previsto in polizza in riferimento al pagamento del premio e quindi all'effetto della copertura assicurativa, si conviene quanto segue:  
 L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza. La prima rata di premio dovrà essere pagata entro il 30mo (trentesimo) giorno successivo a tale data.  
 Se il pagamento della prima rata di premio non sarà effettuato entro detto termine, l'assicurazione resterà sospesa fino alle ore 24 del giorno del pagamento.

### Sezioni operanti e dettaglio premi (importi espressi in euro)

Sezioni per l'Assicurato - ASSOC.NE EX DIP. BANCO DI SICILIA	Premi lordi annui
Malattia	500,00
<b>Totale</b>	<b>500,00</b>

### Premio

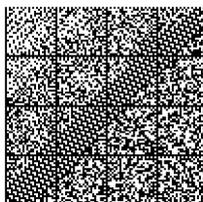
Importo annuo comprensivo delle imposte: 500,00 euro  
 Periodicità del pagamento: in unica soluzione  
 Importo alla firma: 500,00 euro  
 Prossima data di pagamento: non prevista

### Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

### Altri estremi contrattuali

Contratto: nuovo Prodotto: MODELLO GENERIC RSM  
 Polizza collegata: 76033357



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

## Composizione del premio alla firma (importi espressi in euro)

Ramo di garanzia	Imp. Prima rata (1)	Aliquota Imposta	Importo Imposte	Importo lordo alla firma
Malattia	487,80	2,50 %	12,20	500,00
<b>Totali</b>	<b>487,80</b>		<b>12,20</b>	<b>500,00</b>

(1) Se è previsto il pagamento frazionato e/o se a fronte del presente contratto sono stati applicati degli sconti per la prima annualità, l'imponibile di prima rata è comprensivo del costo per pagamento frazionato ed è al netto degli sconti.

## Composizione del premio rate successive (importi espressi in euro)

Ramo di garanzia	Importo Imponibile di rata	Aliquota Imposta	Importo Imposte	Importo lordo di rata
Malattia	487,80	2,50 %	12,20	500,00
<b>Totali</b>	<b>487,80</b>		<b>12,20</b>	<b>500,00</b>

## Altre Condizioni/Precisazioni

Rimborso Spese Mediche

Personale in quiescenza

ASSOCIAZIONE EX DIPENDENTI

BANCO DI SICILIA

Agenzia di PALERMO 2000

Decorrenza : ore 24.00 del 31/12/2016

Scadenza : ore 24.00 del 31/12/2017

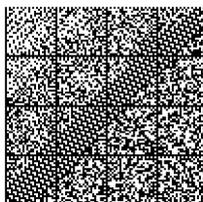
Tra la Spett.le

ASSOCIAZIONE EX DIPENDENTI BANCO DI SICILIA

Via Cerda, 24 - 90139 PALERMO

C.F. 97000620829 - UDM 4714

(in seguito denominato "Contraente")



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

**Scheda di Polizza**

e la Spett.le

ALLIANZ S.p.A.

(Delegataria)

Corso Italia, 23 - 20122 MILANO

Agenzia di

(in seguito denominata "Società")

si stipula la presente

**C O N V E N Z I O N E**

Decorrenza: ore 24.00 del 31/12/2016

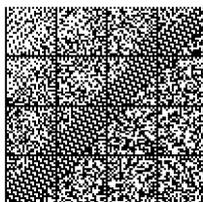
Scadenza: ore 24.00 del 31/12/2017

**DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA****Assicurazione**

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

**Polizza**

Il documento che prova l'assicurazione.



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

**Contraente**

Il soggetto che stipula la polizza.

**Assicurato**

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

**Società**

La Compagnia di assicurazione ALLIANZ S.p.A.

**Premio**

La somma dovuta dal Contraente alle Società.

**Infortunio**

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

**Malattia**

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

**Malformazione**

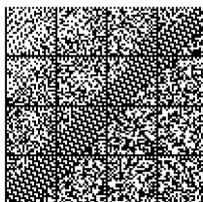
Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

**Difetto fisico**

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

**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.



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

**Struttura sanitaria convenzionata**

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

**Ricovero**

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

**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.

**Retta di degenza**

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

**Intervento chirurgico**

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

**Intervento chirurgico ambulatoriale**

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

**Accertamento diagnostico**

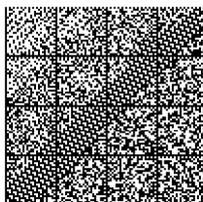
Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

**Sinistro**

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

**Indennizzo**

La somma dovuta dalle Società in caso di sinistro.



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

### Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalle Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.

### 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.

### Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

**Centrale Informativa:** la struttura organizzativa di Pro.Ge.Sa For All, tramite la quale provvede a:

- \* organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso alle Strutture sanitarie convenzionate;
- \* fornire all'Assicurato informazioni sulle garanzie assicurative, sulle Strutture Sanitarie convenzionate e sull'eventuale quota a suo carico.

**Network:** Strutture Sanitarie convenzionate con la Pro.Ge.Sa For All, messo a disposizione degli assicurati, per l'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime di assistenza in forma Diretta.

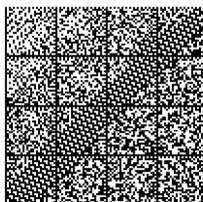
**Provider:** Pro.Ge.Sa. For All

**Struttura sanitaria:** ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera, nonché i centri diagnostici e gli studi medici ed odontoiatri.

Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

## CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

### 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni di cui ai successivi punti da 3 a 10.

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 attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

### 2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore del Personale in quiescenza iscritto all'Associazione ex Dipendenti del Banco di Sicilia e per i rispettivi coniugi e convivente more-uxorio e figli fiscalmente a carico (anche del coniuge), conviventi e non conviventi risultanti dallo stato di famiglia, senza limite di età

*Garanzia Base*

### 3. RICOVERO

#### 3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

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

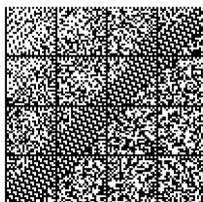
- a) Pre- ricovero

Accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

- b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

- c) Assistenza medica, medicinali, cure



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

Prestazioni mediche, infermieristiche e fisioterapiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, accertamenti diagnostici 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 **euro 210,00 al giorno**, con rimborso del **50% della retta eccedente** l'importo predetto.

### e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura, la garanzia è prestata nel limite di **euro 52,00 al giorno** per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo.

### f) Post ricovero

Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure, anche termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 90 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

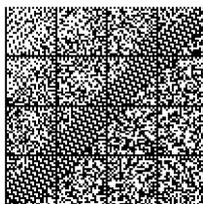
La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con ambulanza se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto qualora l'Assicurato si trovi all'estero.

Il massimale assicurato corrisponde a **euro 600,00** in Italia e **euro 1.200,00** all'estero per anno assicurativo e per nucleo familiare.

## 3.3 DAY-HOSPITAL

Nel caso di Day-Hospital con intervento chirurgico, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" - con esclusione delle prestazioni di cui alla lett. e) - e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

Nel caso di Day-Hospital senza intervento chirurgico, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura", lett. a) "Pre-ricovero", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Rette di degenza", entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.



01K 00000795070610



## Scheda di Polizza

### 3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

### 3.5 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

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.

### 3.6 PARTO E ABORTO

#### a) Parto cesareo

In caso di parto cesareo 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 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

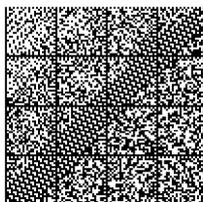
La garanzia è prestata nel limite previsti al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura"

#### b) Parto non cesareo e aborto terapeutico

In caso di parto non cesareo e di aborto terapeutico 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 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

La garanzia è prestata nel limite previsti al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura", con un massimo di **euro 4.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

### 3.7 RIMPATRIO DELLA SALMA



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **euro 2.000,00** per evento.

### 3.8 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

#### a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate ad eccezione degli scoperti e/o franchigie sottoindicate che vengono versate dall'Assicurato alla struttura sanitaria come segue:

Ricovero anche in regime di Day Hospital con o senza intervento chirurgico.

Scoperto 20% con il minimo di euro 2.500,00 per evento.

Parto cesareo, parto fisiologico e aborto terapeutico

Scoperti e franchigie come per al punto 1.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Scoperti e franchigie come per al punto 1

Le spese previste ai seguenti punti:

#### 3.1 "Ricovero in istituto di cura" :

- lettera a) "Pre-ricovero"
- lettera f) "Post-ricovero"

3.2 "Trasporto sanitario";  
3.8 "Rimpatrio della salma"

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

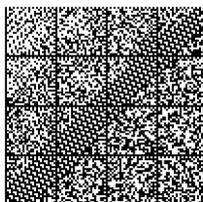
#### b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con applicazione degli scoperti e/o franchigie sotto indicate:

Ricovero anche in regime di Day Hospital con o senza intervento chirurgico

Scoperto 30% con il minimo di euro 3.500,00 per evento.

Parto cesareo, parto fisiologico e aborto terapeutico



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

Scoperti e franchigie come per al punto 1.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Scoperti e franchigie come per al punto 1.

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate o le stesse risultassero distanti più di 50 Km. dal domicilio dell'Assicurato si applicheranno le Franchigie previste al precedente punto a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati".

### 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 3.9 "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".

### 3.9 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **euro 50,00** per ogni giorno di ricovero, seguito da intervento chirurgico, per un periodo non superiore a 180 giorni per persona e per anno assicurativo

Tale indennità verrà corrisposta nel limite giornaliero di **euro 25,00** per un massimo di 90 giorni per anno assicurativo in caso di ricovero che non comporti intervento chirurgico.

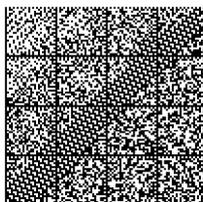
### 3.10 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **euro 120.000,00** per nucleo familiare. Tale massimale si intende raddoppiato in caso di Grande Intervento Chirurgico.

## 4. CURE ONCOLOGICHE

La Società rimborsa, fino alla concorrenza di **euro 5.200,00** per anno e per nucleo, le spese sostenute per esami, accertamenti, cure e terapie a seguito di malattie oncologiche.

## 5. PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

La Società rimborsa le spese sostenute per acquisto, riparazione e sostituzione di protesi ortopediche e acustiche quali:

protesi e presidi ortopedici;

cinti erniari;

busti ortopedici curativi;

ausili udito.

Scoperto 30% minimo 150,00.

Sono inoltre comprese nella garanzia: protesi oculari, ausili fonazione, ausili a mobilità.

Restano escluse: calzature a plantare, corsetteria e busti estetico/formativi.

Il massimale assicurato corrisponde a **euro 900,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

### 6. ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

**euro 26,00** giornalieri e per un massimo di 30 giorni per nucleo e per periodo assicurativo

### 7. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

massimale assicurato **euro 1.550,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

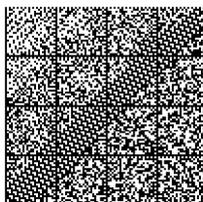
Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di euro 35,00 per ciclo di cura.

### 8. ANTICIPO SPESE SANITARIE

Nei casi di ricovero per intervento chirurgico per il quale l'Istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, la Società corrisponde, **su richiesta dell'Assicurato**, l'importo richiesto a tale titolo nella misura massima del 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'Assicurato, unitamente alla richiesta di corresponsione dell'anticipo, dovrà produrre idonea documentazione medica ai fini della valutazione dell'operatività della garanzia.

*Garanzia Aggiuntiva*



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

### 9. ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

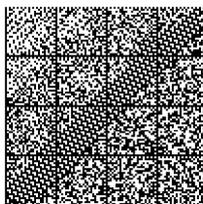
#### Cure e Alta diagnostica

##### Cure

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Laserterapia
- Radioterapia
- Dialisi

##### Alta diagnostica

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Ecografia
- Elettromiografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

- Mammografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata ( TAC )
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa compilato dal medico di base o dallo specialista che ha effettuato la prestazione.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20 % con il minimo non indennizzabile di euro 150,00 per patologia o infortunio.

Tutti i documenti di spesa relativi ad una medesima patologia o ad un medesimo infortunio debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.

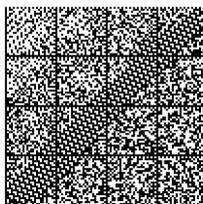
Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **euro 1.500,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

### 10. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche non specialistiche, cioè le visite effettuate dal pediatra di base ai fini del controllo della regolarità della crescita del bambino, dei trattamenti e delle visite psicologiche, nonché delle visite ed accertamenti odontoiatrici, ortodontici e sono anche escluse le visite medico-legali.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa compilata dal medico di base o dallo specialista che ha effettuato la prestazione.



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

Relativamente alle visite specialistiche, 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.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di euro 150,00 per fattura.

Tutti i documenti di spesa relativi ad una medesima patologia o ad un medesimo infortunio debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate rientra nel limite assicurato per l'Alta specializzazione punto 4 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

### 11. PREMI E REGOLAZIONE

Viene versato a titolo di deposito la somma di euro 500,00 e vengono stabiliti i seguenti premi annui comprensivi di oneri fiscali :

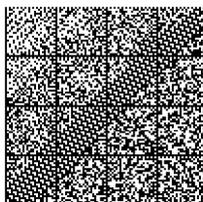
#### 1) Garanzia base

a. Pensionato e coniuge/figli fiscalmente a carico	euro	788,00
b. Coniuge non fiscalmente a carico o convivente "more uxorio" e ogni altro familiare convivente non fiscalmente a carico (Premio invariato)	euro	230,00

#### 2) Garanzia Base + Aggiuntiva

a. Pensionato e coniuge/figli fiscalmente a carico	euro	1.185,00
b. Coniuge non fiscalmente a carico o convivente "more uxorio" e ogni altro familiare convivente non fiscalmente non a carico (Premio invariato)	euro	445,00

Resta convenuto che alla data del 30 Gennaio dell'anno di competenza, verrà effettuata la regolazione del premio in base al numero effettivo di assicurati.



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

### 12. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i pensionati e per i familiari inclusi prende effetto dalla data di adesione alla copertura sia in forma rimborsuale sia in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società.

#### LA SOCIETA'

Allianz S.p.A

#### IL CONTRAENTE

### A - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

#### A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

I premi devono essere pagati alla Società.

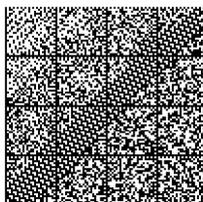
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

#### A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

Il presente contratto decorre dalle ore 24.00 del 31.12.2013 e scadrà alle ore 24.00 del 31.12.2014, senza tacito rinnovo.

#### A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

### A.4 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.5 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società.

### A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è regolato dall'art. 2952 c.c. .

### A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

### A.8 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 in caso di sinistro.

## B - LIMITAZIONI

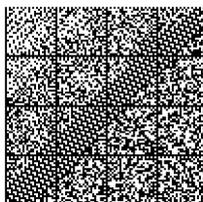
### B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

### B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

i ricoveri per intervento di correzione o di eliminazione della miopia;  
le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto al punto 7 "Cure dentarie da infortunio" ;  
le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi e quelli relativi a bambini di età inferiore a tre anni);  
i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

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.

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;

le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:

- abuso di alcolici;
- uso di allucinogeni;
- uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;

l'aborto volontario non terapeutico;

la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio.

tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita;

gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;

trattamenti e visite psicologiche, visite pediatriche di controllo;

check-up clinici;

le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

### C - SINISTRI

#### Art. C1 - Obblighi

La modalità di denuncia del sinistro, si differenzia in base alla tipologia di Struttura sanitaria utilizzata.

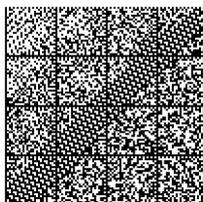
#### A) UTILIZZO DI STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA CON IL PROVIDER (assistenza in forma diretta)

La ricerca delle Strutture sanitarie convenzionate e dei medici specialisti convenzionati è effettuabile da parte dell'Assicurato, mediante l'accesso alla propria Area personale a lui riservata all'indirizzo <https://www.progesaforall.it>.

L'Assicurato, deve prenotare la prestazione sanitaria necessaria, utilizzando una delle seguenti modalità:

- Chiamare la Centrale Informativa di Pro.Ge.Sa For All, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00, ai seguenti numeri:
  - ? dall'Italia, numero verde 800-129448
  - ? dall'estero, numero di rete fissa +39 06-87247770

La Centrale Informativa, verificata l'assistibilità e il massimale residuo, contatterà la Struttura sanitaria prescelta, ed aprirà una richiesta di prenotazione nella quale fornirà i recapiti telefonici (comunicati dall'assicurato/assistito interessato) e sarà cura della stessa Struttura Sanitaria contattare l'Assicurato, accordarsi con lui relativamente al giorno e orario disponibili per l'esecuzione della prestazione. La Struttura convenzionata, una volta perfezionata la richiesta di prenotazione, aprirà sul sistema telematico il sinistro impegnando il massimale previsto per la prestazione oggetto dell'appuntamento.



01K 00000795070610



## Scheda di Polizza

- Accedere all'Area personale riservata, all'indirizzo <https://www.progesaforall.it>. e una volta individuata la Struttura sanitaria desiderata, invia alla stessa la richiesta di prenotazione, compilando il relativo form e indicando recapiti telefonici, 2 date possibili e le prestazioni sanitarie a lui necessarie, allegando quindi, eventuale documentazione in suo possesso (prescrizione medica completa di diagnosi presunta o certa). La Struttura convenzionata, contatterà l'assistito per accordarsi sulla prenotazione e/o per richiedere eventuali ulteriori informazioni. Ad appuntamento stabilito, la Struttura convenzionata aprirà il sinistro impegnando il massimale previsto per la prestazione oggetto dell'appuntamento.

- Rivolgersi direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata, comunicando il proprio codice fiscale e/o codice dell'Assicurato, permettendo così alla Struttura sanitaria stessa di identificarlo e verificarne la copertura assicurativa (assistibilità e fruibilità della prestazione).

Nel caso in cui l'Assicurato utilizzi una Struttura sanitaria convenzionata senza aver preventivamente attivato una delle modalità soprariportate, le spese sanitarie sostenute -indennizzabili a termini di Polizza - verranno liquidate secondo quanto indicato al punto "Utilizzo di Struttura sanitaria non convenzionata con il Provider (assistenza in forma rimborsuale)".

Qualora, un medico operante all'interno della Struttura convenzionata risultasse non convenzionato con il network, il Provider è disponibile a convenzionarlo per l'annualità in corso (purché la richiesta di convenzionamento sia pervenuta, tramite la Struttura convenzionata, per tempo ed il medico abbia accettato i Tariffari del Provider) in modo tale da permettere l'attivazione della procedura di assistenza in forma diretta.

L'Assicurato deve presentare alla Struttura sanitaria convenzionata, all'atto della fruizione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico con diagnosi certa o presunta.

L'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Impresa provvede a liquidare direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata i costi previsti per le prestazioni sanitarie autorizzate se corrispondenti alla documentazione sanitaria e se previste dalle garanzie delle Polizze dell'assicurato. A tal proposito, l'Assicurato delega l'Impresa a pagare le Strutture sanitarie convenzionate, a saldo delle spese sanitarie sostenute, previste dalla Polizza.

La Struttura sanitaria non può richiedere all'Assicurato, né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, ad eccezione del caso di crediti relativi a spese per prestazioni non previste dalla Polizza, eccedenti i massimali assicurati o non autorizzate dalla Centrale Informativa, nonché nel caso in cui, a seguito della verifica della documentazione di spesa e sanitaria ricevuta, le prestazioni erogate non risultino in alcun modo rimborsabili nei termini del piano sanitario dell'Assicurato.

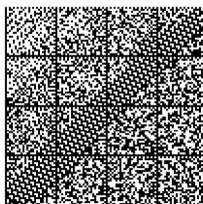
Qualora in una Struttura sanitaria convenzionata venga effettuata una o più prestazioni sanitarie da parte di personale medico non convenzionato, le relative spese sostenute dall'Assicurato (comprese eventuali spese sanitarie inerenti la Struttura sanitaria), verranno liquidate secondo quanto indicato al punto "Utilizzo di Struttura sanitaria non convenzionata con il Provider (assistenza in forma rimborsuale)".

### **B) UTILIZZO DI STRUTTURA SANITARIA NON CONVENZIONATA CON IL PROVIDER (assistenza in forma rimborsuale)**

Nei casi in cui non operi il servizio di pagamento diretto, l'Assicurato deve inviare a rimborso - entro 30 giorni dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria o dell'emissione della fattura/ricevuta negli altri casi - la copia della documentazione della spesa sanitaria sostenuta corredata di tutta la documentazione prevista, attraverso una delle modalità di seguito indicate.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

#### **Modalità per richiedere il rimborso:**



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

1. Area Personale Applicativo Web: [progesaforall.it](http://progesaforall.it)
2. Email: [sinistri@progesaforall.it](mailto:sinistri@progesaforall.it)
3. Posta raccomandata R.R. a: Pro.Ge.Sa For All, via Renato Fucini, 14 - 00137 Roma
4. Fax: 06.87137092

Contattando la Centrale Informativa l'Assicurato comunica i propri dati, per ottenere tutte le informazioni circa la propria, la copertura della prestazione e conoscere l'eventuale quota a proprio carico.

Anche utilizzando la piattaforma web attraverso la propria Area personale riservata, l'Assicurato può verificare la sua assistibilità e il massimale residuo.

Una volta in possesso della documentazione di spesa, l'Assicurato inoltra telematicamente (documenti scansionati) la richiesta di rimborso delle prestazioni sanitarie effettuate corredate, ove previsto, dalla documentazione sanitaria entro e non oltre i termini specificati.

Eventuali sospensioni della pratica o richieste di integrazioni avverranno sempre attraverso il sistema telematico.

Qualora diversamente richiesto, l'Assicurato può inviare la Copia della documentazione anche non dematerializzata, la stessa verrà riportata in formato digitale per poter processare la pratica, e, qualora la stessa fosse inoltrata in originale, verrà reinviata a mezzo posta a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato può verificare in ogni momento - sempre all'interno dell' Area personale riservata - lo stato di avanzamento delle sue pratiche di rimborso.

Per entrambi i punti A) e B) soprariportati, l'Assicurato deve:

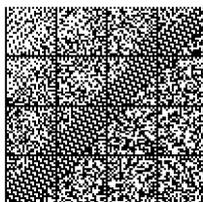
? fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla Malattia e/o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero o altra prestazione extraricovero indennizzabili a termini di Polizza;

? presentare le copie delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate, relative alle spese sostenute correlate di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prescrizione stessa.

L'Assicurato deve altresì:

? sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;

? fornire all'impresa ogni altra documentazione o informazione amministrativa e/o sanitaria che la stessa ritenga necessaria richiedere per poter processare la pratica, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

Nel caso in cui, durante il periodo di cura, sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente, l'Azienda socia o gli eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa e gli adempimenti di cui sopra dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

### - Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa - o da un consulente medico da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza.

Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

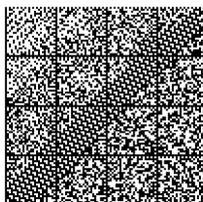
### - Pagamento dell'indennizzo

Il pagamento viene sempre effettuato dietro presentazione della fattura/ricevuta.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi notule, distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto, al netto di quanto a carico dei predetti terzi, salvo quanto previsto dall'articolo "Rinuncia al diritto di surrogazione". A tal proposito, in aggiunta alla documentazione prevista per l'inoltro della richiesta di pagamento, l'assicurato dovrà allegare anche copia del prospetto di liquidazione ricevuto dai predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, rilevato dalla Banca Centrale Europea alla data di emissione della fattura di saldo o della quietanza di pagamento.

### - Obbligo di restituzione degli indennizzi erogati per spese non dovute



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

L'Impresa, nell'eventualità di pagamenti ai centri convenzionati che, successivamente, dovessero risultare per qualsiasi motivo non dovuti a termini di Polizza, si riserva il diritto di ripetere dette somme nei confronti dell'Assicurato che è obbligato a rimborsare quanto dovuto all'Impresa.

### - CONTROVERSIE

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, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico 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.

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

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

La presente polizza è emessa come rischio nuovo ed è una ripresa di rischio della polizza n. 76033357.

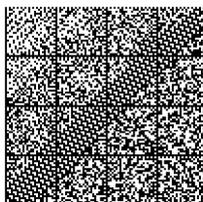
LA SOCIETA'  
CONTRAENTE  
Allianz S.p.A.

IL

Agli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c. il sottoscritto dichiara di conoscere, approvare e accettare specificatamente le disposizioni dei punti sottoelencati

### Art. 11 Premi e Regolazione

A.2 Durata dell'assicurazione/Tacita proroga dell'assicurazione  
A.5 Foro competente



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

- B.2** Esclusioni dall'Assicurazione
- C.2 e 3** Sinistri in strutture convenzionate e non con la Società
- C.6** Controversie

### IL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara che prima della conclusione del presente contratto ha ricevuto dalla Società - ALLIANZ S.p.A. - la NOTA INFORMATIVA, redatta ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 123 D.Lgs. 17/3/95 n.175 e l'INFORMATIVA PRIVACY redatta ai sensi dell'art.13 della D. Lgs. N. 196/2003.

### IL CONTRAENTE

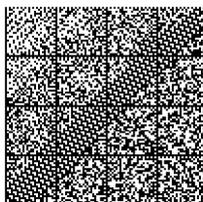
#### ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

##### 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 e del globo oculare  
Intervento di enucleazione del globo oculare



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

### 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

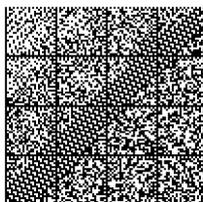
Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici  
Interventi per fistole bronchiali  
Interventi per echinococchi polmonare  
Pneumectomia totale o parziale  
Interventi per cisti o tumori del mediastino

### 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 rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)  
Interventi di amputazione del retto-ano  
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

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  
Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica  
Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

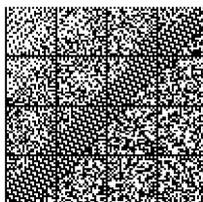
### ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

Tutti

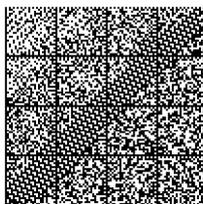
### Dichiarazioni del Contraente

---

Il Contraente dichiara:

- che al momento dell'emissione di questo contratto non sono in vigore altre coperture assicurative per i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza, ad eccezione di eventuali coperture assicurative cumulative offerte da associazioni, enti, società';
- che non vi sono stati annullamenti o disdette di coperture assicurative aventi per oggetto i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza;
- che nel triennio precedente l'emissione di questo contratto non si sono verificati sinistri causati da eventi in relazione ai rischi previsti dalla presente Polizza;

DUPLICATO



01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

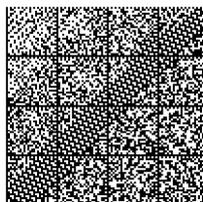
### Sottoscrizioni

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente contratto:
  - il Fascicolo Informativo composto da Nota Informativa, incluso Glossario e Condizioni di assicurazione o, nei casi previsti dall' art. 30 del Regolamento IVASS 35/2010 e successive modifiche e/o integrazioni, le Condizioni di assicurazione.
  - **copia del documento "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti"** conforme al modello 7A, Regolamento Isvap 5/2006 e successive modifiche e/o integrazioni;
  - **copia del documento "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione del contratto"** conforme al modello 7B, Regolamento Isvap 5/2006 e successive modifiche e/o integrazioni;
- di impegnarsi a consegnare a ciascun Assicurato copia del Fascicolo Informativo composto da Nota Informativa, incluso Glossario e Condizioni di assicurazione o, nei casi previsti dall' art. 30 del Regolamento IVASS 35/2010 e successive modifiche e/o integrazioni, copia delle Condizioni di assicurazione esonerando, così, l'Intermediario ed Allianz S.p.A. da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dalla mancata ottemperanza a tale obbligo;
- di essere consapevole che in caso di aggravamento del rischio deve darne comunicazione scritta all'Impresa e che li aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa, ai sensi dell'articolo 1898 del codice civile;
- di essere consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, le informazioni ed i dati forniti sono essenziali per la validità e l'efficacia del presente contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio anche in base ad essi. Il Contraente dichiara inoltre che il presente contratto non contiene cancellature o rettifiche.

Sottoscritto il \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_

Allianz S.p.A.

Firma del Contraente/Legale Rappresentante 

01K 00000795070610



Polizza n. 79507061

## Scheda di Polizza

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre:

- di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione:

**CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

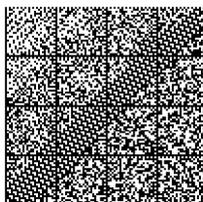
- Proroga dell'assicurazione periodo di assicurazione

**NORME RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE**

- Persone non assicurabili
- Valutazione del danno - Ricorso all'arbitrato
- Obblighi in caso di sinistro

Firma del Contraente/Legale Rappresentante 

DUPPLICATO



01K 00000795070610

