

Contratto di Assicurazione **NET SALUTE**



Prodotto distribuito da **Banca di Credito Popolare**

Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone.

Il presente **SET INFORMATIVO** contiene:

- IL **DIP** - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE
- IL **DIP AGGIUNTIVO DANNI**
- LE **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO**

Il SET INFORMATIVO deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione della polizza.

Data di redazione del presente Set Informativo 02/2024

"Prima della sottoscrizione leggere attentamente i documenti precontrattuali"

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti semplici e chiari"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa Assicurazione è un prodotto multigaranzia per la protezione dell'Assicurato dai Rischi attinenti alla sua salute od a quella del suo Gruppo Familiare. È un prodotto modulare che consente all'Assicurato di scegliere il Piano Assicurativo che più soddisfa le sue esigenze di protezione.



Che cosa è assicurato?

Il prodotto è articolato in 4 Piani Assicurativi composti da diverse Garanzie. È possibile acquistare un singolo Piano Assicurativo tra A, B, C e D oppure, in alternativa, abbinare al Piano Assicurativo prescelto tra A, B e C il Piano Assicurativo D.

✓ **Indennità Giornaliera (prevista nel Piano Assicurativo A e B) – Garanzie Ospedaliera**

In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (per giorno di Ricovero si intende con pernottamento), compreso il parto e l'Aborto Terapeutico, indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute, la Compagnia riconosce un'Indennità Giornaliera.

✓ **Surgical Cash (prevista nel Piano Assicurativo A e B) – Garanzie Ospedaliera**

In caso di Ricovero con Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale, la Compagnia riconosce un Indennizzo forfettario prestabilito e indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute.

✓ **Accertamenti Diagnostici (prevista nel Piano Assicurativo B e C) – Garanzia Extraospedaliera**

Questa Garanzia prevede il Rimborso, fermo il Massimale ed i limiti, delle spese relative agli Accertamenti Diagnostici (compresa amniocentesi e villocentesi in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età) effettuati dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il Periodo di efficacia della stessa, resi necessari da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto.

✓ **Visite Specialistiche (prevista nel Piano Assicurativo B e C) – Garanzia Extraospedaliera**

Questa Garanzia prevede il Rimborso, fermo il Massimale, le Esclusioni ed i limiti, delle spese per:



Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile:

- ✗ la persona affetta da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS;
- ✗ la persona non stabilmente residente in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano;
- ✗ l'Assicurato che al momento della sottoscrizione abbia un'età superiore a 70 anni;
- ✗ ad esclusione del Piano Assicurativo D (Garanzia Dental), l'Assicurato – con età superiore a 64 anni – che in fase di stipula non abbia risposto alle domande riportate nel Questionario Sanitario o abbia risposto con una sola risposta positiva;

Inoltre:

- ✗ alla scadenza dell'Assicurazione, l'età massima all'uscita non può essere superiore ai 75 anni compiuti;
- ✗ ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, le Parti possono recedere dall'Assicurazione.



Ci sono limiti di copertura?

Per tutte le Garanzie sono previste Limitazioni ed Esclusioni.

Ad esclusione del Piano Assicurativo D (Garanzia Dental), le Prestazioni saranno operanti ed effettive, salvo le esclusioni:

- ! per gli Infortuni: dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- ! per le Malattie: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- ! per il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- ! per le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l'Aborto Terapeutico: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione,
- ! per il solo neonato che viene incluso in

- onorari medici per Visite Specialistiche,
- assistenza Infermieristica domiciliare (prescritta da medico curante o da medico specialista),

effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il Periodo di efficacia della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i termini di Carenza.

✓ **Rimborso Spese Mediche (prevista nel Piano Assicurativo C) – Garanzie Ospedaliera**

Questa Garanzia prevede il Rimborso, fermo i Massimali ed i limiti, delle spese sanitarie effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il Periodo di efficacia della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto.

✓ **Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (prevista nel Piano Assicurativo C) – Garanzia Extraospedaliera**

Questa Garanzia prevede il Rimborso, fermo il Massimale ed i limiti, delle spese sostenute per fisioterapia e trattamenti di riabilitazione, effettuati presso Istituto di Cura o Centro Medico, da medico specialista regolarmente iscritto all'Albo o Professionista fornito id laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia a seguito di Malattia o Infortunio.

✓ **Prevenzione - Check Up (prevista nel Piano Assicurativo C) – Garanzie Extraospedaliera**

Questa Garanzia è prevista solo per Assicurati di età pari o superiore a 30 anni al fine di monitorare le condizioni di salute.

Il pacchetto Prevenzione – Check Up dovrà essere effettuato:

- in un'unica seduta;
- una volta all'anno presso Strutture Convenzionate, attivando preventivamente il Pagamento diretto con la Centrale Operativa.

✓ **Dental (prevista nel Piano Assicurativo D)**

Questa Garanzia riconosce, entro i limiti, le spese odontoiatriche, effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il Periodo di efficacia della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto (resta inteso che la prevenzione odontoiatrica non è resa necessaria da Malattia o Infortunio) per:

- Prestazioni di Emergenza Odontoiatrica;
- Prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica.

copertura, fino all'anno di età, la Carenza di 30 giorni decorre dalla data di nascita.

Al compimento dell'anno, il bambino potrà essere incluso in copertura previo versamento del relativo Premio.

Esclusivamente per il Piano Assicurativo D (Garanzia Dental), le prestazioni saranno operanti ed effettive per:

! gli Infortuni: dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;

! prestazioni di "Emergenza odontoiatrica" e "Prevenzione odontoiatrica": dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

Restano sempre escluse eventuali Malattie diagnostiche e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.



Dove vale la copertura?

- ✓ Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole Garanzie, l'Assicurazione è valida in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- All’inizio del Contratto, hai il dovere di rilasciare dichiarazioni veritiere, complete, corrette e non reticenti.
- In corso di Contratto, hai il dovere di comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato.
- Ad esclusione della Garanzia Dental, se la tua età è superiore a 64 anni devi compilare il Questionario Sanitario.
- In caso di Sinistro, devi darne avviso alla Compagnia tempestivamente e fornire la documentazione richiesta e conservare le tracce e gli indizi del Sinistro fino al sopralluogo del perito incaricato.



Quando e come devo pagare?

Il Contratto prevede il pagamento di un Premio, quale corrispettivo, per la durata annuale dell'Assicurazione. L'importo del Premio è indicato in Polizza. Puoi effettuare il pagamento del Premio alla Compagnia mediante la modalità pagamento normativamente consentita e specificata in Polizza. L'importo del Premio annuo, se uguale o maggiore ad Euro 120 (centoventi), è frazionabile a tua scelta in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi. Il frazionamento del Premio non ti esonera dall'obbligo di pagare l'intero Premio annuo, ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del Periodo di efficacia dell'Assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha una durata annuale e, in mancanza di disdetta, il Contratto è prorogato per un anno e così a seguire. In caso di disdetta, la Polizza scadrà alle ore 24.00 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel Contratto. Il Contratto di Assicurazione si perfeziona con il tuo pagamento del Premio. Fermi i termini di Carenza, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, se hai pagato il Premio o la prima rata di Premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Il Contratto concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui la Compagnia ha raccolto la volontà del Contraente di concludere il Contratto. Da tale momento, la Compagnia garantisce le Prestazioni oggetto del Contratto stesso, sempre che sia stato pagato il Premio.



Come posso disdire la polizza?

Puoi disdire la Polizza inviando alla Compagnia la richiesta di disdetta mediante lettera raccomandata o posta elettronica/posta elettronica certificata almeno 30 giorni prima della Scadenza annuale. Hai la facoltà di recedere dal Contratto concluso mediante Tecniche di Comunicazione nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio. Puoi comunicare la tua volontà alla Compagnia, a mezzo lettera raccomandata o posta elettronica/posta elettronica certificata.

Assicurazione multigaranzia di durata annuale

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Net Insurance S.p.A.

NET SALUTE

Ed. 05/2024

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile



Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Net Insurance S.p.A. – Società per Azioni facente parte del Gruppo Assicurativo Poste Vita – Albo Gruppi Assicurativi IVASS n. 43 – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4, 00161 Roma, Tel. 06 89326.1 – Fax 06 89326.800; Sito internet: www.netinsurance.it; E-mail: info@netinsurance.it; PEC: netinsurance@pec.netinsurance.it.

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami danni di cui ai Provvedimenti IVASS n. 1756 del 18/12/2000, n. 2131 del 4/12/2002, n. 2444 del 10/7/2006, n. 3213000422 del 9/4/2013 e n. 231077 del 20/12/2017. Iscritta all'Albo delle imprese IVASS n. 1.00136.

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 98,3 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 17,6 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 80,7 milioni. Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 50,3 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 18,7 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 101,6 milioni. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 201,86%. Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2023 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

È un prodotto multigaranzia per la protezione dell'Assicurato dai Rischi attinenti alla sua salute od a quella del suo Gruppo Familiare. È un prodotto modulare che consente all'Assicurato di scegliere il Piano Assicurativo che più soddisfa le sue esigenze di protezione.

Il prodotto è articolato in 4 Piani Assicurativi, secondo lo schema seguente:

- Piano Assicurativo A composto dalle Garanzie: Indennità Giornaliera e Surgical Cash
- Piano Assicurativo B composto dalle Garanzie: Indennità Giornaliera, Surgical Cash, Accertamenti Diagnostici e Visite Specialistiche
- Piano Assicurativo C composto dalle Garanzie: Rimborso Spese Mediche, Accertamenti Diagnostici e Visite Specialistiche, Trattamenti Fisioterapici e Prevenzione Check up
- Piano Assicurativo D composto dalla Garanzia Dental con Prestazioni di Prevenzione ed Emergenza

È possibile acquistare un singolo Piano Assicurativo tra A, B, C e D oppure abbinare al Piano Assicurativo prescelto tra A, B o C il Piano Assicurativo D.

Indennità Giornaliera

(prevista nel Piano Assicurativo A e B)

In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (per giorno di Ricovero si intende con pernottamento), compreso il parto e l'Aborto Terapeutico, la Compagnia riconosce un'Indennità Giornaliera, indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute. L'Indennità Giornaliera viene riconosciuta se il Ricovero avviene dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il Periodo di efficacia della stessa, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di Contratto, fermi i termini di Carenza. Al fine del calcolo dei giorni in caso di Ricovero, il primo e ultimo giorno sono considerati come unico giorno.

	<p>L'Indennità Giornaliera viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery.</p> <p>Le Prestazioni Ospedaliere devono essere erogate da un Istituto di Cura privato o pubblico oppure da un Istituto di Cura privato in regime di convenzione con il SSN.</p> <p>L'Indennità Giornaliera per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery è cumulabile con l'Indennizzo previsto dalla Garanzia "Surgical Cash".</p> <p>Le somme assicurate si intendono applicate per persona e per Anno assicurativo.</p>
<p>Surgical Cash</p> <p>(prevista nel Piano Assicurativo A e B)</p>	<p>In caso di Ricovero con Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale, la Compagnia riconosce un Indennizzo forfettario prestabilito e indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute.</p> <p>L'Indennizzo viene riconosciuto se l'evento avviene dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il Periodo di efficacia della stessa, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di Contratto, fermi i termini di Carenza.</p> <p>Gli Interventi Chirurgici sono identificati e classificati in 7 classi che prevedono Indennizzi diversi a seconda della complessità dell'Intervento Chirurgico, e ad ognuno di essi è associato un Indennizzo.</p> <p>Nel corso dell'Anno assicurativo, per ogni singolo Assicurato, l'Indennizzo massimo non potrà superare il doppio dell'Indennizzo previsto per la VII classe.</p> <p>Gli Indennizzi per Intervento Chirurgico si intendono applicati per persona e per Anno assicurativo.</p> <p>L'Indennizzo previsto dalla Garanzia "Surgical Cash" è cumulabile con l'Indennità Giornaliera per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery.</p>
<p>Accertamenti Diagnostici</p> <p>(prevista nel Piano Assicurativo B e C)</p>	<p>In caso di spese sostenute per Accertamenti Diagnostici (compresa amniocentesi e villocentesi in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età) effettuati dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il Periodo di efficacia della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di Contratto, fermi i termini di Carenza, la Compagnia riconosce un rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati dall'Assicurazione.</p> <p>Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti.</p> <p>I Massimali e limiti si intendono applicati per Anno assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare.</p>
<p>Visite Specialistiche</p> <p>(prevista nel Piano Assicurativo B e C)</p>	<p>In caso di spese sostenute per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - onorari medici per Visite Specialistiche, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio; - Assistenza Infermieristica domiciliare (prescritta da medico curante o da medico specialista); <p>effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il Periodo di efficacia della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di Contratto, fermi i termini di Carenza, la Compagnia riconosce un rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati dall'Assicurazione.</p> <p>Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti.</p> <p>I Massimali e limiti si intendono applicati per Anno assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.</p>
<p>Rimborso Spese Mediche</p> <p>(prevista nel Piano Assicurativo C)</p>	<p>In caso di spese sanitarie effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il Periodo di efficacia della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di Contratto, fermi i termini di Carenza, la Compagnia riconosce un rimborso, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti previsti dall'Assicurazione.</p> <p>In caso di Ricovero iniziato durante il Periodo di efficacia dell'Assicurazione e terminato oltre il Periodo di efficacia della stessa, la Compagnia riconosce entro i limiti indicati dall'Assicurazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fino alla data di dimissione dall'Istituto di Cura; - per prestazioni effettuate nel periodo POST Ricovero, purché le stesse siano inerenti al Ricovero stesso. <p>È compreso il parto e l'Aborto Terapeutico.</p> <p>Salvo quanto previsto, le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni effettuate e fatturate successivamente al termine dell'Efficacia dell'Assicurazione, anche se relative a Malattie diagnostiche o Infortuni accorsi durante il Periodo di efficacia dell'Assicurazione non sono riconosciute.</p>

Di seguito le Spese Mediche comprese dalla presente Garanzia:

1. Spese Mediche per Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Vengono rimborsate, entro il limite massimo le:

SPESE PRE

Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché effettuati precedentemente e inerenti al Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

SPESE DURANTE

Accertamenti Diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica ed ostetrica, terapie, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, medicinali, onerari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, Rette di Degenza (non sono comprese le spese voluttuarie).

Per l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale le spese per la Retta di Degenza sono escluse.

SPESE POST

Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (solo in caso d' Interventi Chirurgici), cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'Intervento Chirurgico (escluse le spese alberghiere), purché effettuati successivamente e inerenti al Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

2. Spese mediche per Parto Fisiologico, Parto Cesareo / Aborto Terapeutico

Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto.

Le spese vengono rimborsate entro il limite del Sub-massimale indicato dall'Assicurazione e senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

Nel Sub-massimale sono ricomprese anche le spese per la Retta di Degenza dalla madre e per il nido.

3. Spese mediche per Chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi

In caso di:

- anisometropia superiore a 4 diottrie;
- difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 diottrie

vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto.

Le spese vengono rimborsate entro il limite del Sub-massimale indicato dall'Assicurazione e senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

Nel Sub-massimale sono ricomprese anche le eventuali spese sostenute per la Retta di Degenza.

4. Spese mediche per Neonato

Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto per il neonato, fermo il Sub-massimale indicato dall'Assicurazione.

Per l'operatività della presente Garanzia devono essere assicurati entrambi i genitori.

Il neonato verrà incluso nella Polizza del genitore senza pagamento di un Premio aggiuntivo, fino al compimento dell'anno di età:

- per le Prestazioni Ospedaliere;
- condividendo gli stessi Massimali delle Prestazioni Ospedaliere in essere per il genitore, fermo il Sub-massimale previsto per il neonato;
- fermi Scoperti, Franchigie e condizioni di Polizza.


Nel Sub-massimale previsti per il neonato, sono ricompresi i soli interventi per l'eliminazione o correzione di Malformazioni Congenite e Difetti Fisici effettuati entro il primo anno di età.

Alla scadenza dell'anno di età per poter beneficiare della copertura assicurativa per il neonato, se assicurabile ai termini di Polizza, dovrà essere corrisposto il relativo Premio.

I termini di Carenza non verranno ricalcolati.

	<p>5. Indennità Sostitutiva Con riferimento al solo Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (per giorno di Ricovero si intende con pernottamento), compreso il parto e l'Aborto Terapeutico, qualora le prestazioni siano a totale carico del SSN, la Compagnia corrisponde all'Assicurato un'Indennità Sostitutiva. Tale Indennità viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery. L'Indennità Sostitutiva non è riconosciuta per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervento Chirurgico Ambulatoriale; - chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi; - permanenza nei locali del Pronto Soccorso/astanteria qualora ad essa non consegua il Ricovero nella medesima struttura sanitaria. <p>Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del SSN, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva o il Rimborso delle spese rimaste a suo carico. Sono inoltre riconosciute le SPESE PRE e POST come descritte al precedente punto senza applicazione di Scoperti/Franchigie. L'Indennità Sostitutiva viene riconosciuta senza applicazione di Scoperti/Franchigie.</p> <p>6. Spese per il vitto e pernottamento dell'accompagnatore Vengono rimborsate le spese relative al vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di Cura o struttura alberghiera (ove non sussista la disponibilità in Istituto di Cura), con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati dall'Assicurazione. Tali spese non sono riconosciute per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervento Chirurgico Ambulatoriale; - chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi. <p>7. Spese per il Trasporto dell'Assicurato Vengono rimborsate le spese relative al trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero. Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della Centrale Operativa, in base alle condizioni del paziente.</p> <p>8. Rimpatrio della salma Vengono rimborsate le spese per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato all'Estero a seguito di Malattia o Infortunio. Sono escluse le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.</p> <p>9. Spese mediche per Ticket SSN ospedaliero Vengono rimborsate, senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione, fermi i limiti previsti. I Massimali e limiti si intendono applicati per Anno assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza, salvo quanto descritto per "le spese mediche per Neonato". In caso di spese sostenute per Accertamenti Diagnostici (compresa amniocentesi e villocentesi in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età) effettuati dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il Periodo di efficacia della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di Contratto, fermi i termini di Carenza, la Compagnia riconosce un rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati dall'Assicurazione. Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti. I Massimali e limiti si intendono applicati per Anno assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare.</p>
<p>Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (prevista nel Piano Assicurativo C)</p>	<p>In caso di spese sostenute per fisioterapia e trattamenti di riabilitazione, effettuati presso Istituto di Cura o Centro Medico, da medico specialista regolarmente iscritto all'Albo o Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia a seguito di Malattia o Infortunio, la Compagnia riconosce un rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati dall'Assicurazione. I Massimali e limiti si intendono applicati per Anno assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.</p>
<p>Prevenzione - Check Up</p>	<p>Questa Garanzia è prevista solo per Assicurati di età pari o superiore a 30 anni al fine di monitorare le condizioni di salute.</p>

(prevista nel Piano Assicurativo C)	<p>Il pacchetto Prevenzione – Check Up dovrà essere effettuato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in un'unica seduta; - una volta all'anno presso Strutture Convenzionate, attivando preventivamente il Pagamento diretto con la Centrale Operativa
Dental (prevista nel Piano Assicurativo D)	<p>In caso di spese odontoiatriche effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il Periodo di efficacia della stessa, fermo i termini di Carenza, e rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di Contratto, la Compagnia riconosce, entro i limiti indicati dall'Assicurazione, le spese per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestazioni di Emergenza Odontoiatrica; - Prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica <p>Resta inteso che la Prevenzione Odontoiatrica non è resa necessaria da Malattia o Infortunio. La Compagnia garantisce all'Assicurato le Prestazioni di "Emergenza Odontoiatrica" nonché di "Prevenzione Odontoiatrica" sia presso Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) attivando preventivamente il Pagamento diretto sia presso Strutture non Convenzionate (a rimborso). Le prestazioni usufruite presso le Strutture Convenzionate attivando il Pagamento diretto sono gratuite per l'Assicurato, la spesa rimane a totale carico della Compagnia. Nel caso in cui l'Assicurato optasse per le Strutture non Convenzionate (a rimborso), l'importo massimo riconosciuto dalla Compagnia non potrà essere superiore all'importo indicato dall'assicurazione. Nel caso di utilizzo del SSN è previsto il rimborso al 100% del ticket, fermo i limiti indicati dall'Assicurazione. I limiti si intendono applicati per Prestazione.</p>

 Che cosa NON è assicurato?	
Esclusioni PIANO ASSICURATIVO A PIANO ASSICURATIVO B PIANO ASSICURATIVO C	<p>Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.</p> <p>Non sono, altresì, assicurabili le persone non stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.</p> <p>Sono, inoltre, definite "persone non assicurabili" coloro le quali, al momento della stipula del Contratto di Assicurazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hanno un indice di massa corporea (IMC) non compreso tra 18.00 – 34.99 (indice valido per persone di età maggiore o uguale a 18 anni); - siano in attesa di ricovero o Intervento Chirurgico; - abbiano già subito un Intervento Chirurgico, ricevuto una diagnosi o son o in attesa di esami, cure trattamenti in merito a uno o più delle seguenti malattie/disturbi: <ul style="list-style-type: none"> • cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno anche della pelle, leucemia o linfoma (tale esclusione, ai sensi della L. 7/12/2003 N.193 non, si estende alle patologie oncologiche sofferte il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni ovvero 5 anni nel caso di patologia oncologica insorta prima dei 21 anni di età compiuti. Si fanno salve le successive modifiche ed integrazioni normative più favorevoli all'Assicurato); • malattie cardiache (del miocardio, vascolari, valvolari, aritmiche) ad esempio: infarto del miocardio, coronaropatia, aneurisma dell'aorta, angina pectoris; • malattie cerebrovascolari ad esempio: ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA), aneurisma cerebrale broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria; • epatiti croniche virali (esclusa epatite A), cirrosi epatica, pancreatite acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, ad esempio, il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa; • nefrosi, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere, Diabete (tipo 1 e 2); • morbo di Parkinson, demenza, Alzheimer, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite; - soffrono di ipercolesterolemia (superiore a 250 mg/dL nonostante il trattamento), ipertensione arteriosa (superiore a 140/90 nonostante il trattamento), ipo/ipertiroidismo non controllato da terapia/farmaci; - hanno un'invalità di grado uguale o superiore al 25% o hanno fatto domanda per ottenerla;

- si sono sottoposti negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari, ad esempio: risonanze magnetiche, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma e/o che abbiano richiesto ulteriori accertamenti.

Se l'Assicurato era già in una di tali condizioni prima della stipula della Polizza, la medesima cesserà e non sarà in alcun modo più operante per detto Assicurato.

L'Assicurazione non è operante per:

1. le Patologie preesistenti;
2. le prestazioni non correlate dall'indicazione della diagnosi accertata o presunta e della data d'insorgenza a meno che non rientrino nella Garanzia "Prevenzione – Check Up";
3. le spese per amniocentesi o villocentesi se non vi è la presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante sotto i 35 anni di età;
4. le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni effettuate e fatturate successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a Malattie diagnosticate e Infortuni occorsi durante la Periodo di efficacia dell'Assicurazione e denunciate durante il Periodo di efficacia della stessa;
5. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
6. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (ad esempio: visita ginecologica, visita oculistica), a meno che non rientrino nella Garanzia "Prevenzione – Check-up, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
7. le spese relative a prestazioni di agopuntura, logopedia, Trattamenti Fisioterapici (salvo se previste dal Piano Assicurativo prescelto);
8. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi (accertato o sospetta), nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
9. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
10. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
11. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina Alternativa o complementare o non convenzionale e sperimentale;
12. qualsiasi Malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'HIV, nonché le malattie sessualmente trasmesse;
13. gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
14. gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
15. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
16. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
17. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti;
18. gli Infortuni accorsi durante la manipolazione di materiale pirotecnico e uso o produzione di esplosivi anche come attività non professionale;
19. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;

20. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
21. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
22. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
23. applicazioni di carattere estetico, trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati:
 - a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna;
24. trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie Mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD10-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicità e conseguenze;
25. l'interruzione volontaria della gravidanza;
26. le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche;
27. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o Malformazioni Congenite preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore di 1 anno assicurati dalla nascita;
28. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
29. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
30. le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico e Day Surgery;
31. i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia ed Infortunio;
32. le lenti ed occhiali;
33. i Ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (Ricoveri Impropri);
34. le spese sostenute a fronte di espianto da donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi in caso di trapianti;
35. le prestazioni non specificate nelle singole Garanzie.

L'Assicurazione non copre gli stati invalidanti, gli Infortuni e le Malattie in genere già conosciuti, diagnosticati o che abbiano dato origine a cure, esami, anteriormente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e relative complicità, conseguenze dirette e indirette.

Le Prestazioni saranno operanti ed effettive, salvo le Esclusioni, per:

- gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- le Malattie: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l'Aborto Terapeutico: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione stessa.

Per il solo neonato che viene incluso in copertura, nella Polizza dei genitori – che devono essere entrambi assicurati – fino all'anno di età, la carenza di 30 giorni di cui sopra decorre dalla data di nascita indipendentemente dalla data d'ingresso in copertura.

Al compimento dell'anno il bambino, se assicurabile, potrà essere incluso in copertura previo versamento del relativo Premio.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con la presente Compagnia, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura

	<p>assicurativa) i termini di Carenza di cui sopra vengono calcolati dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, in riferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alle maggiori somme assicurate per prestazioni sanitarie già previste nella precedente copertura; - alle prestazioni sanitarie non previste nella precedente copertura; - alle nuove persone Assicurate. <p>Restano escluse, anche successivamente al Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.</p>
<p style="text-align: center;">Esclusioni PIANO ASSICURATIVO D</p>	<p>Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.</p> <p>Non sono, altresì, assicurabili le persone non stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.</p> <p>L'Assicurazione non è operante per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza; 2. le patologie preesistenti alla Data di Decorrenza, per le sole prestazioni da "Emergenza Odontoiatrica"; 3. le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il Periodo di efficacia dell'Assicurazione; 4. le cure o trattamenti medico odontoiatrico che non corrisponde alla definizione di Emergenza Odontoiatrica o Prevenzione Odontoiatrica e/o non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate"; 5. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale; 6. trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia; 7. le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni odontoiatriche; 8. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti; 9. le spese sostenute in conseguenza di Malattie mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 10° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico; 10. le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico; 11. le estrazioni di denti decidui (da latte); 12. le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti e parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che removibile. 13. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca; 14. gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose; 15. gli Infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni; 16. le conseguenze dirette e indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico; 17. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo; 18. le cure ed interventi relativi a infezioni da HIV e sindromi correlate con o senza AIDS; 19. controlli di routine e/o check-up, salvo quanto previsto per le prestazioni di "Prevenzione Odontoiatrica";

	<p>20. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;</p> <p>21. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;</p> <p>22. qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;</p> <p>23. interventi che richiedano anestesia generale o sedazione totale.</p> <p>Le patologie preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione sono escluse solo per le Prestazioni da "Emergenza Odontoiatrica".</p> <p>Le Prestazioni saranno operanti ed effettive salvo le esclusioni, per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione; - Prestazioni di "Emergenza odontoiatrica" e "Prevenzione odontoiatrica": dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione. <p>Restano escluse, anche successivamente al Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.</p>
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Di seguito le tabelle riepilogative dei limiti di Indennizzo, Franchigie e/o Scoperti per ogni Garanzia.

Pacchetti	Garanzie	Franchigie	Scoperti	Carenze	Limiti di Indennizzo																																
Pacchetto A Pacchetto B	Indennità Giornaliera	--	--	<p>Le prestazioni saranno operanti per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione; - le Malattie: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione; - il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione; - le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l'Aborto Terapeutico: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione stessa. <p>Per il solo neonato che viene incluso in copertura, fino all'anno di età, la carenza di 30 giorni di cui sopra decorre dalla data di nascita indipendentemente dalla data d'ingresso in copertura.</p>	<p>Ricovero con / senza Intervento Chirurgico: 100 € per ciascun giorno di ricovero con pernottamento con un massimo di 200 giorni</p> <p>Day Hospital / Day surgery: 50% dell'indennità giornaliera con un massimo di 50 giorni.</p> <p>Le somme si intendono applicate per persona e per Anno assicurativo.</p>																																
Pacchetto A Pacchetto B	Surgical Cash	--		come Indennità Giornaliera	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Classe di intervento</th> <th>Esempio interventi</th> <th>Privato (€)</th> <th>SSN (€)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I</td> <td>Asportazione cisti</td> <td>200</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>Adenocidectomia</td> <td>400</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>Meriscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)</td> <td>1.500</td> <td>750</td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td>Riparazione rottura cuffia rotatori della spalla</td> <td>2.000</td> <td>1.000</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale</td> <td>4.000</td> <td>2.000</td> </tr> <tr> <td>VI</td> <td>Artroprotesi anca</td> <td>8.000</td> <td>4.000</td> </tr> <tr> <td>VII</td> <td>Trapianto del polmone</td> <td>15.000</td> <td>7.500</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Gli Indennizzi per intervento chirurgico si intendono applicati per persona e per Anno Assicurativo.</i></p>	Classe di intervento	Esempio interventi	Privato (€)	SSN (€)	I	Asportazione cisti	200	100	II	Adenocidectomia	400	200	III	Meriscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	1.500	750	IV	Riparazione rottura cuffia rotatori della spalla	2.000	1.000	V	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	4.000	2.000	VI	Artroprotesi anca	8.000	4.000	VII	Trapianto del polmone	15.000	7.500
Classe di intervento	Esempio interventi	Privato (€)	SSN (€)																																		
I	Asportazione cisti	200	100																																		
II	Adenocidectomia	400	200																																		
III	Meriscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	1.500	750																																		
IV	Riparazione rottura cuffia rotatori della spalla	2.000	1.000																																		
V	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	4.000	2.000																																		
VI	Artroprotesi anca	8.000	4.000																																		
VII	Trapianto del polmone	15.000	7.500																																		

Pacchetto B Pacchetto C	Accertamenti Diagnostici (Alta Diagnostica, Accertamenti, Analisi di laboratorio)	--	In Strutture Convenzionate - pagamento diretto: 15% In Strutture non Convenzionate - a rimborso: 25% Ticket SSN: senza alcuno scoperto (rimborso al 100%)	come Indennità Giornaliera	Massimale annuo: € 5.000 Massimali e limiti si intendono applicati per Anno assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.																										
Pacchetto B Pacchetto C	Visite Specialistiche	--	Per Visite Specialistiche In Strutture Convenzionate - pagamento diretto: 15%; In Strutture non Convenzionate - a rimborso: 25% Ticket SSN: senza alcuno scoperto (rimborso al 100%) Per Assistenza infermieristica domiciliare nessuno scoperto	come Indennità Giornaliera	Massimale annuo per Visite Specialistiche: 1.000 per PACCHETTO B 1.500 per PACCHETTO C Massimale per Assistenza infermieristica domiciliare: € 50 (senza applicazione di Scoperti e Franchigie) I Massimali e limiti si intendono applicati per Anno assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.																										
Pacchetto C	Rimborso Spese Mediche	--	Per Ricovero con / senza Intervento Chirurgico in Strutture non Convenzionate - a rimborso: 20% Per Day Hospital / Day surgery / Intervento Chirurgico Ambulatoriale in Strutture non Convenzionate - a rimborso: 200 €	come Indennità Giornaliera	<table border="1"> <tr> <td>Ricovero con / senza Intervento Chirurgico Day Hospital / Day surgery Intervento Chirurgico Ambulatoriale</td> <td>€ 200.000 massimale annuo</td> </tr> <tr> <td>Spese Pre e Post</td> <td>90 giorni precedenti / 90 giorni successivi</td> </tr> <tr> <td>SUBMASSIMALI Parto fisiologico (inclusa retta di degenza nel submassimale)</td> <td>€ 2.000 senza Scoperti/Franchigie</td> </tr> <tr> <td>Parto cesareo / aborto terapeutico (inclusa retta di degenza nel submassimale)</td> <td>€ 4.000 senza Scoperti/Franchigie</td> </tr> <tr> <td>Chirurgia refrattiva (inclusa retta di degenza nel submassimale)</td> <td>€ 1.000 per occhio senza Scoperti/Franchigie</td> </tr> <tr> <td>Neonato (inclusa retta di degenza nel submassimale) correzione Malformazioni Congenite e Difetti fisiici entro il primo anno di età</td> <td>€ 100.000 con Scoperti/Franchigie</td> </tr> <tr> <td>Limite rette di degenza (per le sole Strutture non Convenzionate)</td> <td>€ 350 al giorno</td> </tr> <tr> <td>Indennità sostitutiva</td> <td>€ 150 al giorno per un massimo di 100 giorni € 75 al giorno per Day Hospital / Day surgery</td> </tr> <tr> <td>Spese Pre e Post per Indennità Sostitutiva</td> <td>90 giorni precedenti / 90 giorni successivi (rimborso al 100%)</td> </tr> <tr> <td>Vitto e pernottamento dell'accompagnatore</td> <td>€ 50 al giorno per un massimo di 50 giorni senza Scoperti/Franchigie</td> </tr> <tr> <td>Trasporto dell'Assicurato</td> <td>€ 3.000 senza Scoperti/Franchigie</td> </tr> <tr> <td>Rimpatrio della salma</td> <td>€ 3.000 senza Scoperti/Franchigie</td> </tr> <tr> <td>Ticket SSN</td> <td>rimborso al 100%</td> </tr> </table> <p><i>I Massimali e limiti si intendono applicati per Anno assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.</i></p>	Ricovero con / senza Intervento Chirurgico Day Hospital / Day surgery Intervento Chirurgico Ambulatoriale	€ 200.000 massimale annuo	Spese Pre e Post	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi	SUBMASSIMALI Parto fisiologico (inclusa retta di degenza nel submassimale)	€ 2.000 senza Scoperti/Franchigie	Parto cesareo / aborto terapeutico (inclusa retta di degenza nel submassimale)	€ 4.000 senza Scoperti/Franchigie	Chirurgia refrattiva (inclusa retta di degenza nel submassimale)	€ 1.000 per occhio senza Scoperti/Franchigie	Neonato (inclusa retta di degenza nel submassimale) correzione Malformazioni Congenite e Difetti fisiici entro il primo anno di età	€ 100.000 con Scoperti/Franchigie	Limite rette di degenza (per le sole Strutture non Convenzionate)	€ 350 al giorno	Indennità sostitutiva	€ 150 al giorno per un massimo di 100 giorni € 75 al giorno per Day Hospital / Day surgery	Spese Pre e Post per Indennità Sostitutiva	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi (rimborso al 100%)	Vitto e pernottamento dell'accompagnatore	€ 50 al giorno per un massimo di 50 giorni senza Scoperti/Franchigie	Trasporto dell'Assicurato	€ 3.000 senza Scoperti/Franchigie	Rimpatrio della salma	€ 3.000 senza Scoperti/Franchigie	Ticket SSN	rimborso al 100%
Ricovero con / senza Intervento Chirurgico Day Hospital / Day surgery Intervento Chirurgico Ambulatoriale	€ 200.000 massimale annuo																														
Spese Pre e Post	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi																														
SUBMASSIMALI Parto fisiologico (inclusa retta di degenza nel submassimale)	€ 2.000 senza Scoperti/Franchigie																														
Parto cesareo / aborto terapeutico (inclusa retta di degenza nel submassimale)	€ 4.000 senza Scoperti/Franchigie																														
Chirurgia refrattiva (inclusa retta di degenza nel submassimale)	€ 1.000 per occhio senza Scoperti/Franchigie																														
Neonato (inclusa retta di degenza nel submassimale) correzione Malformazioni Congenite e Difetti fisiici entro il primo anno di età	€ 100.000 con Scoperti/Franchigie																														
Limite rette di degenza (per le sole Strutture non Convenzionate)	€ 350 al giorno																														
Indennità sostitutiva	€ 150 al giorno per un massimo di 100 giorni € 75 al giorno per Day Hospital / Day surgery																														
Spese Pre e Post per Indennità Sostitutiva	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi (rimborso al 100%)																														
Vitto e pernottamento dell'accompagnatore	€ 50 al giorno per un massimo di 50 giorni senza Scoperti/Franchigie																														
Trasporto dell'Assicurato	€ 3.000 senza Scoperti/Franchigie																														
Rimpatrio della salma	€ 3.000 senza Scoperti/Franchigie																														
Ticket SSN	rimborso al 100%																														
Pacchetto C	Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi	--	15%	come Indennità Giornaliera	Massimale: € 1.000																										

Pacchetto C	Check-up	--	--	--	Donna - Azotemia - Cloremia Sodiemia Potassiemia - Colesterolo totale (LDL HDL) - Creatinemia - Emocromo con formula - Gamma GT - Glicemia - PCR - T3-T4-TSH - Transaminasi - Trigliceridi - Uricemia - Esami urine completo - PAP Test - Ecografia mammaria/mammografia (quest'ultima > 40 anni) - Antigene HbsAG - Ab anti HbsAG - Ecografia addominale inferiore	Uomo - Azotemia - Cloremia Sodiemia Potassiemia - Colesterolo totale (LDL HDL) - Creatinemia - Emocromo con formula - Gamma GT - Glicemia - PCR - T3-T4-TSH - Transaminasi - Trigliceridi - Uricemia - Esami urine completo - ECG elettrocardiogramma - PSA (> 40 anni) - Antigene HbsAG - Ab anti HbsAG - Ecografia addominale inferiore		
					Codice Descrizione Cure eseguite in Strutture Convenzionate (pagamento diretto) Cure eseguite in Strutture non Convenzionate (a rimborso)			
Pacchetto D	Dental	--	--	30 giorni	SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	Tutte le Prestazioni sono gratuite per l'Assicurato. Il costo rimane a carico della Compagnia di Assicurazione	€ 16,50
					SD02	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o endorale per 2 elementi vicini		€ 16,50
					SD03	Radiografia per monitorare la cura iniziata		€ 12,75
					SD12	Otturazione per carie semplice cavità di I e V classe di Black		€ 30,00
					SD13	Otturazione per carie profonde Cavità di II classe di Black		€ 52,50
					SD17	Ricostruzione coronale in amalgama a più cuspidi		€ 71,25
					SD18	Ricostruzione coronale in composto - colore dente		€ 90,00
					SD30	Estrazione semplice di dente o radice		€ 22,50
					SD37	Reinserimento di dente avulso		€ 60,00
					SD54	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione monocalare		€ 52,50
					SD55	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione bicanalare		€ 82,50
					SD56	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione tricanalare		€ 120
					SD57	Medicazioni canalari e sedute per specificazione		€ 26,25
SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio	€ 30,00						

					odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica	
					SD00 Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	€ 10,00
					SD08 Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale; igiene orale	€ 41,25
					SD11 Assorbimento di fuoro nello smalto (lucidatura), applicazioni topiche di oligoelementi	€ 15,00
<i>I limiti di Indennizzo si intendono applicati per Prestazione.</i>						



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>PER DENUNCIARE UN SINISTRO: (Garanzie: "Indennità Giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche", "Accertamenti Diagnostici", "Visite Specialistiche", "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi", "Dental")</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia • Per telefono: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle h. 8.30 alle h. 18.00 (da contattare anche per chiarimenti) • Per e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it • Via Internet o tramite app: https://app.myassistance.eu <p>PER INOLTARE UN RECLAMO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Net Insurance S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 - 00161 ROMA • Fax +39 06 89326570 • PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it <p>Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri, la Compagnia si avvale della Centrale Operativa MyAssistance, con sede legale in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano, che risponde al seguente numero per chiamate dall'Italia e dall'estero: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione).</p> <p>Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare la Centrale Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.</p> <p>Di seguito la documentazione da inviare in caso di Sinistro, suddivisa per Garanzia, in funzione del Piano Assicurativo prescelto:</p> <p><u>Garanzie Ospedaliere</u></p> <p>1. Indennità giornaliera Al termine delle cure, la Compagnia riconosce all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione in fotocopia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • della cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Hospital / Day Surgery; • del referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente
---------------------------------------	---

l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato all'indirizzo e-mail sinistri.netinsurance@myassistance.it

Le prestazioni relative a ricoveri in Istituto di Cura senza Intervento Chirurgico e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto ("Ricoveri Impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito delle Garanzie Extraospedaliere, qualora previste dal Piano Assicurativo acquistato.

2. Surgical Cash

L'Assicurato può:

- richiedere alla Compagnia di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

2.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Il Pagamento diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa e abbia richiesto a quest'ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

L'Assicurato dovrà inviare all'indirizzo e-mail sinistri.netinsurance@myassistance.it la prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta con indicata la data d'insorgenza;
- Ricovero con Intervento, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale: tipo di Intervento Chirurgico da eseguire;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

2.2. Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, la Compagnia rimborsa all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione in fotocopia:

- della cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Surgery;
- dettagliata relazione del medico specialista attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato all'indirizzo e-mail sinistri.netinsurance@myassistance.it

3. Rimborso Spese Mediche

L'Assicurato può:

- richiedere alla Compagnia di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

3.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Il Pagamento diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la

Centrale Operativa e abbia richiesto a quest'ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

L'Assicurato dovrà inviare all'indirizzo e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it la prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta con indicata la data d'insorgenza;
- Ricovero con Intervento, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale: tipo di intervento chirurgico da eseguire;
- Ricovero senza intervento o Day Hospital: l'iter diagnostico e terapeutico;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

Le prestazioni relative a ricoveri in Istituto di Cura senza Intervento Chirurgico e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto ("Ricoveri Impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito delle Garanzie Extraospedaliere.

3.2. Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, la Compagnia rimborsa all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione delle fotocopie delle fatture o notule di spesa debitamente quietanzate complete di:

- cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Hospital, Day Surgery;
- dettagliata relazione del medico specialista attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato all'indirizzo e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it

Garanzie Extraospedaliere

4. "Accertamenti diagnostici", "Visite Specialistiche" e "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi"

L'Assicurato può:

- richiedere alla Compagnia di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

4.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Il Pagamento diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa e abbia richiesto a quest'ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

L'Assicurato dovrà inviare all'indirizzo e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it la prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta con indicata la data d'insorgenza;

- tipo di prestazione (es. visita ortopedica, ecografia pelvica etc.);
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio o la Malattia (es. radiografie, referti clinici etc.).

4.2 Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, la Compagnia rimborsa all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione delle fotocopie delle fatture o notule di spesa debitamente quietanzate complete di:

- prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista con tipo di prestazione, patologia accertata o sospetta e indicazione della data d'insorgenza; per le sole visite specialistiche è possibile inoltrare in alternativa alla prescrizione il referto del medico specialista;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

5. Dental

L'Assicurato può:

- richiedere alla Compagnia di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

5.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

L'Assicurato ha l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa l'autorizzazione al Pagamento diretto, contattando il numero 02 303500015.

La Centrale Operativa prenoterà per conto dell'Assicurato l'appuntamento presso la Struttura Convenzionata.

In occasione della prima attivazione della Polizza il dentista dovrà compilare l'odontogramma che riepiloga lo stato di salute della bocca dell'Assicurato.

Inoltre, durante la prima visita sarà richiesto all'Assicurato di sottoscrivere con il medico dentista il proprio budget cure odontoiatriche (BCO) per l'approvazione delle prestazioni incluse nel Piano Assicurativo. I trattamenti e le prestazioni non compresi nel Piano Assicurativo verranno fatturate direttamente all'Assicurato.

L'odontogramma e il BCO saranno forniti dalla Centrale Operativa direttamente alla Struttura Convenzionata.

In caso di prestazione resa necessaria da Infortunio l'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

L'elenco delle Strutture Convenzionate è disponibile nel sito <http://www.myassistance.it/networks/network-odontowelfare/elenco-strutture.html> o sull'app dedicata della Centrale Operativa dove l'Assicurato accede con le proprie credenziali.

5.2 Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, l'Assicurato deve inviare la richiesta di Rimborso completa di:

- modulo di rimborso compilato in ogni sua parte e sottoscritto dall'Assicurato con eventuale supporto del dentista; copia delle fatture valide ai fini fiscali, con dettaglio della singola prestazione effettuata, relativo costo e data in cui le singole prestazioni sono state eseguite;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato tramite e-mail all'indirizzo: sinistri.netinsurance@myassistance.it

Il pagamento dell'Indennizzo in caso di Sinistro viene riconosciuto dalla Compagnia a ricezione di tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza.

	<p>Per quanto previsto ai punti 2, 3 e 4 che precedono, si evidenzia che l'elenco delle Strutture Convenzionate è disponibile nel sito http://www.myassistance.it/networks/network-medicale/elenco-strutture.html o sull'app dedicata della Centrale Operativa dove l'Assicurato accede con le proprie credenziali.</p>
	<p>ASSISTENZA DIRETTA IN CONVENZIONE</p> <p>Enti/strutture convenzionate con la Società:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MyAssistance S.r.l., con sede legale in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano, c.f. 08667860972, quale società di servizi che provvede, per conto della Compagnia, al pagamento diretto delle strutture sanitarie, dei medici chirurghi convenzionati e dei dentisti convenzionati, oppure al rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie, con detti medici chirurghi convenzionati e con detti dentisti convenzionati.
	<p>PRESCRIZIONE</p> <p>I diritti derivanti dall'Assicurazione nei Rami Danni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Il pagamento dell'Indennizzo in caso di Sinistro viene riconosciuto dalla Compagnia a ricezione di tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza.



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Il Contratto prevede il pagamento di un Premio, quale corrispettivo, per la durata annuale dell'Assicurazione. L'importo del Premio è indicato in Polizza.</p> <p>Il pagamento del Premio deve essere effettuato dal Contraente tramite la modalità pagamento normativamente consentita e specificata in Polizza.</p> <p>L'importo del Premio annuo, se uguale o maggiore ad Euro 120 (centoventi), è frazionabile a scelta del Contraente in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi. Il frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di pagare l'intero Premio annuo, ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del Periodo di efficacia dell'Assicurazione.</p> <p>Con riferimento al Piano Assicurativo B e Piano Assicurativo C, il Premio è soggetto ad adeguamento. Pertanto, in sede di rinnovo annuale dell'Assicurazione, in presenza di un Assicurato con una nuova età superiore a 64 anni, il Premio del relativo Piano Assicurativo viene automaticamente adeguato. L'adeguamento del Premio non è operante nel caso in cui, nel Gruppo Familiare, è già compreso un Assicurato con età superiore a 64 anni.</p>
Rimborso	Non previsto.
Sconti	Non previsti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>L'Assicurazione ha durata annuale e, in mancanza di disdetta, il Contratto è prorogato per un anno e così a seguire. In caso di disdetta, la Polizza scadrà alle ore 24.00 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel Contratto.</p> <p>Fermi i termini di Carenza, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24.00 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel Contratto stesso.</p> <p>Qualora il Contratto sia stato concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza, lo stesso decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui la Compagnia ha raccolto la volontà del Contraente di concludere il Contratto. Da tale momento, la Compagnia garantisce all'Assicurato le Prestazioni oggetto del Contratto, fermo l'obbligo del Contraente al pagamento del Premio.</p> <p>Il Contratto prevede periodi di Carenza, come indicato nelle tabelle della Sezione "Ci sono limiti di copertura?" del presente documento.</p>
Sospensione	Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza del pagamento e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Il Contraente/Assicurato può disdire la Polizza inviando alla Compagnia la richiesta di disdetta mediante lettera raccomandata o posta elettronica/posta elettronica certificata almeno 30 giorni prima della Scadenza annuale.</p> <p>Qualora il Contratto sia stato concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza, il Contraente ha facoltà di recedere dalla copertura assicurativa, nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio, comunicando alla Compagnia la propria volontà, a sua scelta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a mezzo lettera raccomandata; • a mezzo posta elettronica o posta elettronica certificata. <p>La Compagnia rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi.</p>
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

NET SALUTE è dedicata agli Assicurati con età massima all'ingresso pari a 70 anni ed in uscita pari a 75 anni che vogliono proteggere loro stessi, ed eventualmente il loro Gruppo Familiare, dai rischi attinenti alla salute.



Quali costi devo sostenere?

COSTI DI INTERMEDIAZIONE
L'intermediario percepisce una commissione pari al 30%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere preliminarmente presentati per iscritto (e-mail/PEC, posta, fax) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it • Posta: NET INSURANCE S.p.A. – C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA • Fax: +39 06 89326.570 <p>avendo cura di indicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; • numero della polizza e nominativo del Contraente; • numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; • indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; • breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. <p>Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente.</p> <p>Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente.</p> <p>Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta.</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it.</p>
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).

Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente ossia quello in cui ha sede l'impresa che ha stipulato il contratto (rintracciabile all'indirizzo http://www.ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN TALE DOCUMENTO. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE

Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone



Sommario

PREMESSA.....	3
GLOSSARIO.....	4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	8
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio.....	8
Art. 2 - Altre assicurazioni.....	8
Art. 3 - Effetto, durata e disdetta del Contratto - Premio.....	8
Art. 4 - Effetto e recesso dal Contratto stipulato mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza.....	9
Art. 5 - Adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato - Variazioni del Premio e delle Condizioni di Assicurazione alla Scadenza dell'Assicurazione	9
Art. 6 - Modifiche dell'Assicurazione.....	9
Art. 7 - Forma delle comunicazioni.....	9
Art. 8 - Aggravamento del Rischio.....	9
Art. 9 - Diminuzione del Rischio.....	9
Art. 10 - Validità territoriale	9
Art. 11 - Rinuncia alla Rivalsa	10
Art. 12 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza.....	10
Art. 13 - Oneri fiscali	10
Art. 14 - Limite massimo dell'Indennizzo	10
Art. 15 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente	10
Art. 16 - Restrizioni Internazionali – Inefficacia del Contratto.....	10
Art. 17 - Home Insurance (Area Riservata).....	10
Art. 18 - Glossario/Rinvio alle norme di Legge e Legge applicabile al Contratto	10
COSA È ASSICURATO	10
Art. 19 - Oggetto dell'Assicurazione	10
CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'	11
Art. 20 - Limiti di età – Adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato	11
Art. 21 - Modalità assuntive	12
LE GARANZIE	12
Art. 22 - Indennità Giornaliera – Garanzie Ospedaliera (prevista nel Piano Assicurativo A e B)	12
Art. 23 - Surgical Cash – Garanzia Ospedaliera (prevista nel Piano Assicurativo A e B).....	12
Art. 24 - Accertamenti Diagnostici – Garanzia Extraospedaliera (prevista nel Piano Assicurativo B e C).....	13
Art. 25 - Visite Specialistiche – Garanzia Extraospedaliera (prevista nel Piano Assicurativo B e C)	14
Art. 26 - Rimborso Spese Mediche – Garanzie Ospedaliera (prevista nel Piano Assicurativo C)	14
Art. 27 - Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi – Garanzia Extraospedaliera (prevista nel Piano Assicurativo C)	17
Art. 28 - Prevenzione - Check Up – Garanzia Extraospedaliera (prevista nel Piano Assicurativo C).....	17
Art. 29 - Dental (prevista nel Piano Assicurativo D)	18
CHI E COSA NON È ASSICURATO	20
Art. 30 - Persone non assicurabili	20
Art. 31 - Esclusioni.....	21
LIMITI DI COPERTURA	23
Art. 32 - Patologie preesistenti	23
Art. 33 - Termini di Carenza	23
Art. 34 - Responsabilità.....	24
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZZABILITA'	24
Art. 35 - Cosa fare in caso di Sinistro	24
Art. 36 - Denuncia di Sinistro	24
Art. 37 - Gestione del Sinistro	25
Art. 38 - Restituzione delle somme indebitamente pagate	26
Art. 39 - Documentazione da inviare in caso di Sinistro	26
Art. 40 - Pagamento dell'Indennizzo/Rimborso dei Sinistri a rimborso	29

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE

Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone



ALLEGATO 1. CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN CLASSI.....	30
INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI	1
CONTATTI UTILI.....	1

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

PREMESSA

NET SALUTE è un prodotto multigaranzia creato per proteggere l'Assicurato dai Rischi attinenti alla sua salute od a quella del suo Gruppo Familiare.

Il prodotto è modulare ed è articolato in 4 Piani Assicurativi, composti da diverse Garanzie, secondo lo schema seguente:

PIANO ASSICURATIVO	GARANZIE
A	<ul style="list-style-type: none">▪ Indennità Giornaliera▪ Surgical Cash
B	<ul style="list-style-type: none">▪ Indennità Giornaliera▪ Surgical Cash▪ Accertamenti Diagnostici▪ Visite Specialistiche
C	<ul style="list-style-type: none">▪ Rimborso Spese Mediche▪ Accertamenti Diagnostici▪ Visite Specialistiche▪ Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi▪ Prevenzione – Check Up
D	<ul style="list-style-type: none">▪ Dental

È possibile acquistare un singolo Piano Assicurativo tra A, B, C e D oppure abbinare al Piano Assicurativo prescelto tra A, B e C il Piano Assicurativo D realizzando l'abbinamento corrispondente tra i seguenti

1. Piano Assicurativo A + Piano Assicurativo D
2. Piano Assicurativo B + Piano Assicurativo D
3. Piano Assicurativo C + Piano assicurativo D

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine seguenti formano parte integrante della Polizza sottoscritta dal Contraente. L'Assicurazione vale esclusivamente per le Garanzie riportate a stampa sul Modulo di Polizza ed è prestata per i Capitali assicurati e/o i Massimali ivi indicati. Le Carenze, le Franchigie e i limiti di Indennizzo previste/i per le diverse Garanzie sono riportate/i all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione. Le coperture assicurative richiamate in Polizza sono operanti se è stato pagato il relativo Premio.

Avvertenza

A fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenza, nullità o limitazione delle Garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate: con fondo colorato o in grassetto nelle Condizioni di Assicurazione. I termini che nel testo contrattuale rinviano al Glossario sono riportati con iniziale in maiuscolo nel testo contrattuale.



GLOSSARIO

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si incontrano spesso le parole e i termini elencati, ai quali la Compagnia e il Contraente attribuiscono il significato di seguito espresso, che assume pieno valore ai fini dell'interpretazione della normativa contrattuale.

Definizioni

Aborto Terapeutico

Interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

Accertamenti Diagnostici

Le analisi di laboratorio, le indagini cliniche e strumentali di alta specializzazione e diagnostica (con esclusione delle Visite Specialistiche) che possono essere effettuate anche in ambulatorio/Centro Medico volte a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia o Infortunio.

Anno assicurativo

Il periodo continuativo calcolato in 12 mesi a partire dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza.

Arbitrato

Le Parti, di comune accordo, rinunciano al ricorso all'Autorità Giudiziaria ordinaria per risolvere controversie che riguardano l'interpretazione o l'esecuzione del Contratto. Esso può essere rituale, quando la decisione degli arbitri (lodo) ha efficacia pari alla sentenza di un giudice, oppure irrituale quando gli arbitri regolano senza particolare formalità il rapporto controverso e la loro decisione è vincolante solo tra le Parti.

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione

Il Contratto di Assicurazione.

Assistenza Infermieristica

L'assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

Capitale Assicurato

L'importo massimo che la Compagnia indennizza in caso di Sinistro ed è riportato nelle presenti Condizioni di Assicurazione.

Carenza

Periodo successivo alla stipula dell'Assicurazione durante il quale non è operante la copertura. Se l'evento assicurato si verifica in tale periodo, la Compagnia non corrisponde la Prestazione assicurata.

Cartella Clinica

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, compilato durante la degenza, diurna o con pernottamento in Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso

e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centrale Operativa

La struttura di MyAssistance S.r.l., con sede legale in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano, c.f. 08667860972, quale società di servizi che provvede, per conto della Compagnia al Pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

Centro Medico

Struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibito al Ricovero, Day Hospital/Day Surgery, non finalizzato al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alle normative vigenti, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Chirurgia Bariatrica

Detta anche "chirurgia dell'obesità". Gli interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Compagnia

Net Insurance S.p.A..

Contraente

Il soggetto persona fisica o persona giuridica che stipula il Contratto di Assicurazione, nell'interesse proprio (solo persona fisica) e/o di altre persone e su cui cade l'onere del pagamento del Premio.

Contratto di Assicurazione

Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a corrispondere l'Indennizzo/la Prestazione al verificarsi di un evento avverso.

Danni

I danni indennizzabili ai sensi di Legge in conseguenza



di morte o lesioni personali e/o distruzione o deterioramento di cose.

Data di Decorrenza

Il momento da cui ha effetto l'Assicurazione, fatto salvo quanto previsto nei termini di Carenza.

Day Hospital / Day Surgery

La degenza, senza pernottamento, in Istituto di Cura autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (Day Hospital) e prestazioni chirurgiche (Day Surgery) eseguite da medici chirurgici specialisti con redazione di Cartella Clinica.

Difetto fisico

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

Emergenza Odontoiatrica

Qualsiasi evento imprevisto o improvviso che richieda cure odontoiatriche urgenti e che implichi procedure o servizi, coperti dalla presente assicurazione, indicati per trattare i dolori dovuti a: infezioni, ascessi, carie, pulpite, infiammazioni o emorragie.

La presente copertura riguarda non solo il primo trattamento di emergenza, ma l'intero trattamento fino alla soluzione della situazione di emergenza.

Evento / Data Evento

- Prestazioni Ospedaliere - il singolo Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale.
- Prestazioni Extraospedaliere - l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente relativi alla stessa Garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Franchigia

Il numero di giorni o l'importo (espresso in valore assoluto o in percentuale sul capitale/massimale assicurato) dedotti dal danno indennizzabile, che l'Assicurato tiene a suo carico.

Se non diversamente indicato, la Franchigia si applica per Evento.

Garanzia

La copertura assicurativa, per la quale, in caso di sinistro, la Compagnia procede all'indennizzo del danno subito dall'Assicurato e per la quale sia stato pagato il relativo premio, salvo quanto previsto alla voce "Assistenza".

Gruppo Familiare

L'insieme delle persone assicurate facenti parte del medesimo Stato di Famiglia purché siano i coniugi, i conviventi di fatto, gli uniti civilmente, nonché i relativi figli di ciascuno di essi, per un massimo di 5 persone

all'interno dello stesso Gruppo Familiare. Anche se non facenti parte del medesimo Stato di Famiglia sono assicurabili i figli non conviventi, fiscalmente e non fiscalmente a carico.

Indennità Giornaliera

Indennizzo forfettario giornaliero corrisposto all'Assicurato in caso di Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital / Day Surgery sia in regime SSN che privato.

Indennità Sostitutiva

Indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il Rimborso delle spese sanitarie.

Indennizzo o indennità o rimborso

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di Sinistro.

Infortunio

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

Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Intervento di piccola chirurgia non in regime di Ricovero, Day Surgery, eseguito presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgo.

Intervento Chirurgico

Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Istituto di cura

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative, toterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani, i centri di benessere.

IVASS

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

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata Malattia.

Malattia Mentale

Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-10 dell'OMS).

Malformazione Congenita

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

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

morbose congenite.

Massimale

La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun Sinistro e Anno assicurativo, la Compagnia presta la Garanzia.

Medicina Alternativa o complementare

Le pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica; medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese; omeotossicologia; chiropratica.

Parte

La Compagnia ed il Contraente, quando riferiti singolarmente.

Parti

La Compagnia ed il Contraente, quando riferiti congiuntamente oppure singolarmente.

Patologie preesistenti

Malattie già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche o esami clinici (strumentali e di laboratorio) prima della Data di Decorrenza della Polizza.

Periodo di efficacia dell'Assicurazione

Il periodo intercorrente tra la data del pagamento del Premio o quella indicata in Polizza, se coincidente con quella del pagamento, e la scadenza dell'Assicurazione.

Piano Assicurativo

Prestazioni sanitarie assicurate, scelte dall'Assicurato e indicate in Polizza.

Polizza/Modulo di Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione e che riporta gli elementi principali dell'Assicurazione (decorrenza, scadenza, Premio, Piano assicurativo, etc.).

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia per il Contratto di Assicurazione.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini di legge.

Prestazione

L'assistenza da erogarsi in natura da parte della Compagnia tramite la Centrale Operativa, nel momento del bisogno.

Prevenzione odontoiatrica

Una serie di misure o azioni destinate a promuovere la salute orale che implicano procedure o servizi coperti dalla presente assicurazione, indicate al fine di evitare la formazione di carie dentarie o malattie periodontali.

Questionario Sanitario

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurando, che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di Assicurazione.

Il Questionario Sanitario deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurando.

Rami Danni

I rami di esercizio dell'attività assicurativa, diversi dal Ramo Vita.

Recesso

Diritto di recedere dall'Assicurazione e di farne cessare gli effetti.

Retta di Degenza

Importo per trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero Improprio

La degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rischio

La probabilità che si verifichi il Sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

Scadenza dell'Assicurazione

La data in cui cessano gli effetti dell'Assicurazione.

Scoperto

La percentuale del Danno che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato, si applica per Evento.

Set Informativo

L'insieme della documentazione contrattuale (DIP Base, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario) da consegnare al Contraente prima della sottoscrizione della Polizza.

Sinistro

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

Sport Professionistico

Attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Rete convenzionata costituita da Ospedali, Istituti di Carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, medici specialisti, centri e studi odontoiatrici, medici odontoiatrici nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste.

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE

Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone



Il Pagamento diretto presuppone l'utilizzo da parte dell'Assicurato delle Strutture Convenzionate, previa autorizzazione della Centrale Operativa, che prenderanno a loro carico i costi delle Prestazioni entro i Massimali assicurati, senza alcun anticipo da parte dell'Assicurato. L'Assicurato pagherà esclusivamente eventuali Franchigie, Scoperti o somme eccedenti i Massimali. Sia l'Istituto di Cura che l'equipe medica devono essere convenzionati.

Surgical Cash

Indennità forfettaria prestabilita, per Intervento chirurgico, reso necessario da Malattia o Infortunio.

Tecniche di Comunicazione a Distanza

Qualunque strumento che, senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia e del Contraente, possa impiegarsi per la conclusione del Contratto di dette Parti.

Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno

o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica

Visite Specialistiche

La visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine.

Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Strutture non facenti parte delle Strutture Convenzionate con la società di servizi, con erogazione delle prestazioni a Rimborso.



NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, complete e corrette.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la cessazione dell'Assicurazione.

La Compagnia, infatti, ha diritto:

nel caso in cui la verità sia stata alterata con dolo o colpa grave:

- di contestare la validità del Contratto e di richiederne l'annullamento entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o reticenza;
- di rifiutare la Prestazione ovvero il pagamento dell'Indennizzo, se il Sinistro si verifica prima che sia decorso il termine sopra indicato;
- di trattenere i premi relativi al periodo di Assicurazione, in corso al momento in cui ha richiesto l'annullamento.

nel caso in cui la verità sia stata alterata senza dolo o colpa grave:

- di recedere dal Contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o reticenza;
- di ridurre in caso di sinistro e in ogni tempo, le somme assicurate in proporzione al premio convenuto e a quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il reale stato del rischio.

Art. 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali altre assicurazioni riguardanti gli stessi Rischi garantiti dalla presente Assicurazione.

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato hanno l'obbligo di darne avviso a tutti gli assicuratori e sono tenuti a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo Contratto autonomamente considerato, ai sensi dell'art. 1910 c.c. – Assicurazione presso diversi assicuratori.

Art. 3 - Effetto, durata e disdetta del Contratto - Premio

Fermi i termini di Carenza di cui all'art. 33, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24.00 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel Contratto stesso.

L'Assicurazione ha durata annuale.

In mancanza di disdetta comunicata da una delle Parti e, pervenuta all'altra Parte almeno 30 giorni prima della scadenza, il Contratto è prorogato per un anno e così a seguire.

Il Contratto prevede il pagamento di un Premio, quale corrispettivo, per la durata annuale dell'Assicurazione. L'importo del Premio è indicato in Polizza.

Il pagamento del Premio deve essere effettuato dal Contraente tramite la modalità pagamento normativamente consentita e specificata in Polizza.

L'importo del Premio annuo, se uguale o maggiore ad Euro 120 (centoventi), è frazionabile a scelta del Contraente in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi. Il frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di pagare l'intero Premio annuo, ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del Periodo di efficacia dell'Assicurazione.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c. – Mancato pagamento del Premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza del pagamento e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Ai sensi dell'art. 1901 c.c. il Contratto è risolto di diritto se la Compagnia, nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; la Compagnia ha diritto solo al pagamento del premio relativo al periodo di Assicurazione in corso e al rimborso delle spese sostenute.

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE

Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone



Nel caso in cui il pagamento di Rate di premio o Premi successivi avvenga con un ritardo superiore ai 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal Contratto, l'Assicurazione riprende vigore, ferma l'applicazione dei termini di Carenza di cui all'art. 33, dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Art. 4 - Effetto e recesso dal Contratto stipulato mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza

A parziale rettifica dell'art. 3 – “Effetto, durata e disdetta del Contratto - Premio”, si precisa che il Contratto concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui la Compagnia ha raccolto la volontà del Contraente di concludere il Contratto (Data di Decorrenza del Contratto). Da tale momento, la Compagnia garantisce all'Assicurato le Prestazioni oggetto del Contratto, fermo l'obbligo del Contraente al pagamento del Premio. **Il Contraente ha facoltà di recedere dalla copertura assicurativa, nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio**, comunicando alla Compagnia la propria volontà, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata all'indirizzo: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia;
- a mezzo posta elettronica o posta elettronica certificata all'indirizzo wecare@netinsurance.it.

La Compagnia rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi.

Art. 5 - Adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato - Variazioni del Premio e delle Condizioni di Assicurazione alla Scadenza dell'Assicurazione

Con riferimento al Piano Assicurativo B e Piano Assicurativo C, il Premio è soggetto ad adeguamento secondo i criteri indicati all'art. 20 – “Limiti di età – Adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato”.

Qualora, alla Scadenza dell'Assicurazione, la Compagnia intenda apportare variazioni alle condizioni tariffarie e/o contrattuali rispetto a quelle precedentemente convenute, deve darne comunicazione al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza della Polizza.

Se il Contraente comunica di non accettare le nuove condizioni tariffarie, o non dichiara di accettarle, il Contratto si intende risolto alla Scadenza dell'Assicurazione.

In ogni caso il pagamento del nuovo Premio effettuato dal Contraente deve intendersi come dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni proposte.

Art. 6 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modificazioni al Contratto di Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 7 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e l'Assicurato sono tenuti, salvo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali anche in termini di utilizzo di sistemi e documenti informatici, nonché di posta elettronica, devono essere effettuate per iscritto e spiegano effetti dal momento in cui pervengono alla Compagnia, all'indirizzo corrispondente alla sede legale, oppure alla filiale presso la quale è stato emesso il Contratto.

Art. 8 - Aggravamento del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 c.c. – Aggravamento del Rischio.

Art. 9 - Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 c.c. – Diminuzione del Rischio, e rinuncia al relativo diritto di Recesso.

Art. 10 - Validità territoriale

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole Garanzie, l'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

Art. 11 - Rinuncia alla Rivalsa

La Compagnia rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto ad ogni azione di surroga, di cui all'art. 1916 c.c. – Diritto di surrogazione dell'assicuratore, verso i terzi responsabili del Sinistro per le prestazioni da essa effettuate in forza del presente Contratto.

Art. 12 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza

Gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 c.c. – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta.

Art. 13 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.
Il presente Contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Art. 14 - Limite massimo dell'Indennizzo

Salvo quanto espressamente previsto alle singole Garanzie, nonché dall'art. 1914 c.c. – Obbligo di Salvataggio, a nessun titolo la Compagnia potrà essere tenuta a pagare somma maggiore di quella assicurata, in ragione dei limiti e delle condizioni stabilite per le singole Garanzie.

Art. 15 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente

Tutte le Controversie relative alla presente Assicurazione sono soggette alla giurisdizione italiana. In caso di Controversia tra le Parti, è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex art. 5 D. Lgs 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni deferendo la Controversia esclusivamente ad organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it). Qualora successivamente si ricorra all'Autorità Giudiziaria, foro competente è il luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato o del Contraente.

Art. 16 - Restrizioni Internazionali – Inefficacia del Contratto

In nessun caso gli assicuratori/i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di risarcimento o garantire alcuna Indennità in virtù del presente Contratto, qualora tale copertura, pagamento o Indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

Art. 17 - Home Insurance (Area Riservata)

La Compagnia ha reso disponibile sul proprio Sito (<https://www.netinsurance.it>) un'Area internet riservata al Contraente (la cosiddetta area Home Insurance) accessibile tramite credenziali ottenibili con e-mail, codice fiscale e numero della tua Polizza. In tale Area è possibile consultare il Contratto e le coperture assicurative in essere con la Compagnia e gestire telematicamente il Contratto (effettuare il pagamento del Premio, denunciare un Sinistro, richiedere la modifica di dati personali).

Art. 18 - Glossario/Rinvio alle norme di Legge e Legge applicabile al Contratto

Il Glossario è parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione. Per quanto non diversamente disciplinato dalle presenti Condizioni di Assicurazione si rinvia alle norme di legge vigenti. La legge applicabile al Contratto è quella italiana.

COSA È ASSICURATO

Art. 19 - Oggetto dell'Assicurazione

La Compagnia, nei limiti dei Massimali e delle Condizioni di Assicurazione, riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni sanitarie, rese necessarie da Malattia o Infortunio, avvenuto dopo la Data di Decorrenza

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

dell'Assicurazione e durante il Periodo di efficacia dell'Assicurazione stessa, fermi i termini di Carenza di cui all'art. 33. Qualora l'Assicurazione sia stipulata dal Contraente con la formula "Gruppo Familiare", i Massimali delle Garanzie Spese Mediche, Accertamenti Diagnostici, Visite Specialistiche e Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, rappresentano il limite complessivo di esposizione della Compagnia per uno o più Sinistri, avvenuti nell'Anno Assicurativo, riguardanti uno o più componenti del Gruppo Familiare indicati in Polizza.

L'Assicurato può scegliere quale dei seguenti Piani Assicurativi, con Garanzie definite, vuole acquistare:

PIANO ASSICURATIVO	GARANZIE INCLUSE
A	"Indennità Giornaliera" "Surgical Cash"
B	"Indennità Giornaliera" "Surgical Cash" "Accertamenti Diagnostici" "Visite Specialistiche"
C	"Rimborso Spese Mediche" "Accertamenti Diagnostici" "Visite Specialistiche" "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi" "Prevenzione Check-up"
D	"Dental"

CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'

Art. 20 - Limiti di età – Adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato

L'Assicurazione è operante per gli Assicurati con:

- età massima all'ingresso: 70 anni;
- età massima all'uscita: 75 anni.

Qualora il Contraente abbia opzionato per la copertura a favore del Gruppo familiare, nel caso in cui uno degli Assicurati compia 75 anni in corso di validità del Contratto, nell'annualità successiva al compimento dell'età massima in uscita (75 anni) il Contratto resta valido solo per i restanti Assicurati ed il Premio viene eventualmente rivalutato sulla base delle fasce di età degli Assicurati che permangono in copertura.

Per il Piano Assicurativo B e per il Piano Assicurativo C, in sede di rinnovo annuale dell'Assicurazione, in presenza di un Assicurato con una nuova età superiore a 64 anni, il Premio del relativo Piano Assicurativo indicato in Polizza viene automaticamente adeguato nella seguente misura:

PIANO ASSICURATIVO	FORMULA	PREMIO ANNUO LORDO
B	INDIVIDUALE	Euro 2.064
	GRUPPO FAMILIARE	Euro 3.948
C	INDIVIDUALE	Euro 2.712
	GRUPPO FAMILIARE	Euro 5.196

L'adeguamento del Premio non è operante nel caso in cui, nel Gruppo Familiare, è già compreso un Assicurato con età superiore a 64 anni.

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

Art. 21 - Modalità assuntive

L'assunzione del rischio da parte della Compagnia avviene sulla base dei dati forniti nel Questionario Sanitario e secondo quanto normato all'art. 30 – "Persone non assicurabili".

La compilazione del Questionario Sanitario è prevista per Assicurati con età compresa tra 65 – 70 anni compiuti. Il Questionario Sanitario non è richiesto nel caso di adesione al solo Piano Assicurativo D.

In caso di almeno una risposta affermativa ad una delle domande che compongono il Questionario Sanitario, se previsto, non è possibile procedere con l'emissione delle polizze.

Qualora sopravvenga una modifica dello stato di salute dell'Assicurato prima della Data di Decorrenza della Polizza che influisca sulle dichiarazioni riportate sul Questionario Sanitario, l'Assicurato è tenuto ad informare la Compagnia, il quale si riserva il diritto di rivedere le condizioni di accettazione o di rifiutare il Rischio.

LE GARANZIE

Le seguenti Garanzie sono valide se scelto il Piano Assicurativo di riferimento in Polizza ed è stato pagato il relativo Premio.

Art. 22 - Indennità Giornaliera – Garanzie Ospedaliera (prevista nel Piano Assicurativo A e B)

La Compagnia in caso di Ricovero, con o senza Intervento Chirurgico (compreso il parto e l'Aborto Terapeutico), Day Hospital e Day Surgery, resi necessari da malattia o infortunio, riconosce all'Assicurato un'Indennità giornaliera, per ogni giorno di ricovero, indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute.

Al fine del calcolo dei giorni di Ricovero sono considerati i pernottamenti per cui il primo e ultimo giorno di ricovero sono considerati come unico giorno.

L'Indennità Giornaliera viene riconosciuta se il Ricovero avviene dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il Periodo di efficacia dell'Assicurazione, fermi i termini di Carenza di cui all'art. 33.1.

Le Prestazioni Ospedaliere devono essere erogate da:

- Istituto di Cura privato o pubblico;
- Istituto di Cura privato in regime di convenzione con il SSN.

L'Indennità Giornaliera per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery è cumulabile con l'Indennizzo previsto dalla Garanzia "Surgical Cash" (A.2.).

Somme assicurate

L'Indennità Giornaliera assicurata è indicata nella tabella sottostante, le somme si intendono applicate per persona e per Anno Assicurativo.

INDENNITA' GIORNALIERA (PUBBLICO E PRIVATO)	
Ricovero con / senza Intervento Chirurgico	€ 100 per ciascun giorno di ricovero con pernottamento per un massimo di 200 giorni
Day Hospital / Day Surgery	50% dell'Indennità giornaliera per un massimo di 50 giorni

Art. 23 - Surgical Cash – Garanzia Ospedaliera (prevista nel Piano Assicurativo A e B)

La Compagnia, in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale, riconosce all'Assicurato un Indennizzo forfettario prestabilito e indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute.

L'indennizzo viene riconosciuto se l'evento avviene dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il Periodo di efficacia dell'Assicurazione, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di Contratto, fermi i termini di Carenza di cui all'art. 33.1.

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

Gli Interventi Chirurgici sono identificati e classificati in 7 classi che prevedono Indennizzi diversi a seconda della complessità dell'Intervento Chirurgico, e ad ognuno di essi è associato un Indennizzo come indicato nella tabella riassuntiva di cui al seguito.

Nel corso dell'Anno Assicurativo, per ogni singolo Assicurato, l'Indennizzo massimo non potrà superare il doppio dell'Indennizzo previsto per la VII classe.

Gli Interventi Chirurgici previsti dall'Assicurazione, sono elencati nell'Allegato 1 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi". Qualora sia descritta una patologia anziché una procedura chirurgica, deve sempre intendersi "intervento per" o "asportazione di". In caso di Intervento Chirurgico non specificatamente indicato nell'Allegato 1 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi", l'attribuzione dell'Intervento Chirurgico per il quale è richiesto l'Indennizzo sarà stabilita con criterio analogico, secondo giudizio medico della Compagnia, con riferimento al più simile tra gli Interventi Chirurgici elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica. In caso di più Interventi Chirurgici, originati dalla stessa patologia ed effettuati allo stesso organo, arto o tessuto, l'Indennità prevista viene corrisposta dalla Compagnia un'unica volta, nell'Anno Assicurativo cui il Sinistro è attribuibile.

Invece, nel caso in cui nel corso della stessa seduta operatoria vengano effettuati due o più Interventi Chirurgici, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato un'unica Indennità, prendendo come riferimento l'intervento con classe più elevata.

Nessuna Indennità è prevista in caso di Intervento Chirurgico non identificabile sulla base delle regole che precedono.

L'Indennizzo previsto dalla Garanzia "Surgical Cash" è cumulabile con l'Indennità Giornaliera per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery (A1).

Somme assicurate

Gli indennizzi per intervento chirurgico, indicati nella tabella sottostante si intendono applicati per persona e per Anno Assicurativo.

SURGICAL CASH				
Ricovero con Intervento Day Surgery Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Indennizzo 7 classi in funzione della complessità dell'intervento			
	Classe intervento	Esempio interventi	Privato (€)	SSN (€)
	I	Asportazione cisti	200	100
	II	Adenoidectomia	400	200
	III	Meniscectomia (inartroscopia) (trattamento completo)	1.500	750
	IV	Riparazione rottura cuffia rotatori della spalla	2.000	1.000
	V	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	4.000	2.000
	VI	Artroprotesi anca	8.000	4.000
	VII	Trapianto del polmone	15.000	7.500

Art. 24 - Accertamenti Diagnostici – Garanzia Extraospedaliera (prevista nel Piano Assicurativo B e C)

La Compagnia fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nella tabella di cui al seguito, riconosce il Rimborso delle spese relative agli Accertamenti Diagnostici (compresa amniocentesi e villocentesi in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età) effettuati dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il Periodo di efficacia dell'Assicurazione, resi necessari da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di Contratto, fermi i termini di Carenza di cui all'art. 33.1.

Sono escluse:

- ecografie di controllo della gravidanza;
- test genetici prenatali non invasivi (come Harmony test, Prenatal Safe);

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

- accertamenti finalizzati a cure odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti.

I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (Alta Diagnostica, Accertamenti, Analisi di Laboratorio)		
<u>Massimale annuo</u>		€ 5.000
<u>Applicazione</u>	In Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)	con applicazione di uno Scoperto del 15%
<u>Scoperti</u>	In Strutture non Convenzionate (a rimborso)	con applicazione di uno Scoperto del 25%
	Ticket SSN	Rimborso al 100%

Art. 25 - Visite Specialistiche – Garanzia Extraospedaliera (prevista nel Piano Assicurativo B e C)

La Compagnia, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nella tabella di cui al seguito, riconosce il rimborso delle spese per:

- onorari medici per Visite Specialistiche, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio;
- Assistenza Infermieristica domiciliare (prescritta da medico curante o da medico specialista).

effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il Periodo di efficacia dell'Assicurazione, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di Contratto, fermi i termini di Carenza di cui all'art. 33.1.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti.

I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.

VISITE SPECIALISTICHE		
<u>Massimale annuo</u>		€ 1.000 per Piano Assicurativo B € 1.500 per Piano Assicurativo C
<u>Applicazione</u>	In Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)	con applicazione di uno Scoperto del 15%
<u>Scoperti</u>	In Strutture non Convenzionate (a rimborso)	con applicazione di uno Scoperto del 25%
	Ticket SSN	Rimborso al 100%
Assistenza infermieristica domiciliare		€ 50 al giorno (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)

Art. 26 - Rimborso Spese Mediche – Garanzie Ospedaliera (prevista nel Piano Assicurativo C)

La Compagnia, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti previsti nella tabella di cui al seguito, riconosce il rimborso delle spese sanitarie effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il Periodo di efficacia dell'Assicurazione, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di Contratto, fermi i termini di Carenza di cui all'art. 33.1.

Sono compresi il parto e l'Aborto Terapeutico.

In caso di Ricovero iniziato durante il Periodo di efficacia dell'Assicurazione e terminato oltre tale periodo, la Compagnia riconosce entro i limiti indicati nella tabella di cui al seguito, le spese:

- fino alla data di dimissione dall'Istituto di Cura;
- per prestazioni effettuate nel periodo POST Ricovero, purché le stesse siano inerenti al Ricovero stesso.

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

Salvo quanto normato al paragrafo precedente, le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni effettuate e fatturate successivamente al termine del Periodo di efficacia dell'Assicurazione, anche se relative a Malattie diagnosticate o Infortuni accorsi durante la validità dell'Assicurazione non sono riconosciute.

Di seguito le spese mediche comprese dalla presente Garanzia:

1. Spese mediche per Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Vengono rimborsate, entro il limite massimo le:

SPESE PRE (precedenti il ricovero)

Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché effettuati precedentemente e inerenti al Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

SPESE DURANTE (durante il ricovero)

Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica ed ostetrica, terapie, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, medicinali, onerari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, Rette di Degenza (**non sono comprese le spese voluttuarie**).

Per l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale le spese per la Retta di Degenza sono escluse.

SPESE POST (successive al ricovero)

Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (solo in caso d' Interventi Chirurgici), cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'Intervento Chirurgico (escluse le spese alberghiere), purché effettuati successivamente e inerenti al Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

2. Spese mediche per Parto Fisiologico, Parto Cesareo / Aborto Terapeutico

Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST sopra descritte.

Le spese vengono rimborsate entro il limite del Sub-massimale indicato nella tabella di cui al seguito e senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

Nel Sub-massimale sono ricomprese anche le spese per la Retta di Degenza dalla madre e per il nido.

3. Spese mediche per Chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi

In caso di:

- anisometropia **superiore a 4 diottrie;**
- difetto di capacità visiva per occhio **pari o superiore a 5 diottrie.**

vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST sopra descritte.

Le spese vengono rimborsate entro il limite del Sub-massimale indicato nella tabella riassuntiva e senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

Nel Sub-massimale sono ricomprese anche le eventuali spese sostenute per la Retta di Degenza.

4. Spese mediche per Neonato

Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST sopra descritte per il neonato, fermo il Sub-massimale indicato nella tabella di cui al seguito.

Per l'operatività della presente Garanzia devono essere assicurati entrambi i genitori.

Il neonato verrà incluso nella Polizza del genitore senza pagamento di un Premio aggiuntivo, fino al compimento dell'anno di età:

- per le Prestazioni Ospedaliere;
- condividendo gli stessi Massimali delle Prestazioni Ospedaliere in essere per il genitore, fermo il Sub-massimale previsto per il neonato;
- fermi Scoperti, Franchigie e condizioni di Polizza.

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

Nel Sub-massimale previsti per il neonato, sono ricompresi i soli interventi per l'eliminazione o correzione di Malformazioni Congenite e Difetti Fisici effettuati entro il primo anno di età.

Alla scadenza dell'anno di età per poter beneficiare della copertura assicurativa per il neonato, se assicurabile ai termini di Polizza, dovrà essere corrisposto il relativo Premio.

I termini di Carenza non verranno ricalcolati.

5. Indennità Sostitutiva

Con riferimento al solo Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (per giorno di Ricovero si intende con pernottamento), compreso il parto e l'Aborto Terapeutico, qualora le prestazioni siano a totale carico del SSN, la Compagnia corrisponde all'Assicurato un'Indennità Sostitutiva.

Tale Indennità viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery.

L'Indennità Sostitutiva non è riconosciuta per:

- Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi;
- permanenza nei locali del Pronto Soccorso/astanteria qualora ad essa non consegua il Ricovero nella medesima struttura sanitaria.

Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del SSN, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva o il Rimborso delle spese rimaste a suo carico.

Sono inoltre riconosciute le SPESE PRE e POST come sopra descritte senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

L'Indennità Sostitutiva viene riconosciuta senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

6. Spese per il vitto e pernottamento dell'accompagnatore

Vengono rimborsate le spese relative al vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di Cura o struttura alberghiera (ove non sussista la disponibilità in Istituto di Cura), con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati nella tabella di cui al seguito.

Tali spese non sono riconosciute per:

- **Intervento Chirurgico Ambulatoriale;**
- **chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi.**

7. Spese per il Trasporto dell'Assicurato

Vengono rimborsate le spese relative al trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della Centrale Operativa, in base alle condizioni del paziente.

8. Rimpatrio della salma

Vengono rimborsate le spese per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato all'Estero a seguito di Malattia o Infortunio.

Sono escluse le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

9. Spese mediche per Ticket SSN ospedaliere

Vengono rimborsate, senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione, fermi i limiti previsti.

Somme assicurate

I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza, salvo quanto descritto per "le spese mediche per Neonato".

RICOVERO - Rimborso Spese Mediche	
Massimale annuo Ricovero con / senza Intervento Chirurgico Day Hospital / Day Surgery Intervento Chirurgico Ambulatoriale	€ 200.000

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

Applicazione Scoperti / Franchigie: In Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) - Ricovero con / senza Intervento Chirurgico - Day Hospital / Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulatoriale	rimborso al 100% rimborso al 100%
In Strutture non Convenzionate (a rimborso) - Ricovero con / senza Intervento Chirurgico - Day Hospital / Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulatoriale	con applicazione di uno Scoperto del 20% con applicazione di una Franchigia di € 200
Spese PRE e POST	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi
Submassimali:	
Parto fisiologico (inclusa Retta di Degenza nel submassimale)	€ 2.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Parto cesareo / aborto terapeutico (inclusa Retta di Degenza nel submassimale)	€ 4.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Chirurgia refrattiva (inclusa Retta di Degenza nel submassimale)	€ 1.000 per occhio (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Neonato (inclusa Retta di Degenza nel submassimale) correzione Malformazioni Congenite e Difetti Fisici entro il primo anno di età	€ 100.000 (con applicazione di Scoperti / Franchigie)
Limite Rette di Degenza (per le sole Strutture non convenzionate)	€ 350 al giorno
Indennità Sostitutiva	€ 150 al giorno per un massimo di 100 giorni € 75 al giorno per Day Hospital / Day Surgery
Spese PRE e POST Indennità Sostitutiva	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi (Rimborso al 100%)
Vitto e pernottamento dell'Accompagnatore	€ 50 al giorno per un massimo di 50 giorni (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Trasporto dell'Assicurato	€ 3.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 3.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Ticket SSN	Rimborso al 100%

Art. 27 - Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi – Garanzia Extraospedaliera (prevista nel Piano Assicurativo C)

La Compagnia, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nella tabella di cui al seguito, riconosce il Rimborso delle spese sostenute per fisioterapia e trattamenti di riabilitazione, effettuati presso Istituto di Cura o Centro Medico, da medico specialista regolarmente iscritto all'Albo o Professionista fornito id laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia a seguito di Malattia o Infortunio.

Somme assicurate

I **Massimali e limiti**, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI	
Massimale annuo	€ 1.000 con applicazione di uno Scoperto del 15%

Art. 28 - Prevenzione - Check Up – Garanzie Extraospedaliera (prevista nel Piano Assicurativo C)

La Compagnia **solo per Assicurati di età pari o superiore a 30 anni** riconosce il pacchetto di esami diagnostici riportati nella tabella che segue al fine di monitorare le condizioni di salute

Il pacchetto Prevenzione – Check Up dovrà essere effettuato:

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

- in un'unica seduta;
- una volta all'anno presso Strutture Convenzionate, attivando preventivamente il Pagamento diretto con la Centrale Operativa.

Il pacchetto include esclusivamente gli esami diagnostici di seguito riportati:

Donna	Uomo
Esami di laboratorio <ul style="list-style-type: none">- Azotemia- Cloremia Sodiemia Potassiemia- Colesterolo totale (LDL e HDL)- Creatinemia- Emocromo con formula- Gamma GT- Glicemia- PCR- T3 - T4 – TSH- Transaminasi- Trigliceridi- Uricemia- Esami urine completo- Pap test- Ecografia Mammaria / Mammografia (quest'ultima > 40 anni)- Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG- Ecografia addominale inferiore	Esami di laboratorio <ul style="list-style-type: none">- Azotemia- Cloremia Sodiemia Potassiemia- Colesterolo totale (LDL e HDL)- Creatinemia- Emocromo con formula- Gamma GT- Glicemia- PCR- T3 - T4 – TSH- Transaminasi- Trigliceridi- Uricemia- Esami urine completo- E.C.G. (Elettrocardiogramma)- PSA (> 40 anni)- Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG- Ecografia addominale inferiore

Art. 29 - Dental (prevista nel Piano Assicurativo D)

La Compagnia, entro i limiti indicati nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate” di cui al seguito, riconosce le spese odontoiatriche effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il Periodo di efficacia dell'Assicurazione, fermi i termini di Carenza di cui all'art. 33.2 e rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di Contratto (resta inteso che la Prevenzione Odontoiatrica non è resa necessaria da Malattia o Infortunio) per:

- Prestazioni di Emergenza Odontoiatrica;
- Prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica.

La Compagnia garantisce all'Assicurato le Prestazioni di “Emergenza Odontoiatrica” nonché di “Prevenzione Odontoiatrica” sia presso Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) attivando preventivamente il Pagamento diretto sia presso Strutture non Convenzionate (a rimborso).

Le Prestazioni usufruite presso le Strutture Convenzionate attivando il Pagamento diretto sono gratuite per l'Assicurato, la spesa rimane a totale carico della Compagnia.

Nel caso in cui l'Assicurato optasse per le Strutture non Convenzionate (a rimborso), l'importo massimo riconosciuto dalla Compagnia non potrà essere superiore all'importo presente nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate”.

Nel caso di utilizzo del SSN è previsto il rimborso al 100% del ticket, fermo i limiti indicati nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate”.

Tabella delle Prestazioni Odontoiatriche Assicurate

I **limiti**, indicati nelle tabelle sottostanti, si intendono applicati **per Prestazione**.

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI EMERGENZA				
Codice	Descrizione	Cure eseguite in Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)	Cure eseguite in Strutture non Convenzionate (a rimborso)	Periodi di Carenza
SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	Prestazioni gratuite per l'Assicurato. Il costo rimane al carico della Compagnia di Assicurazione.	€ 16,50	30 giorni
SD02	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o Endorale per due elementi vicini		€ 16,50	
SD03	Radiografia per monitorare la cura iniziata		€ 12,75	
SD12	Otturazione per carie semplice Cavità di I e V Classe di Black		€ 30,00	
SD13	Otturazione per carie profonde Cavità di II Classe Black		€ 52,50	
SD17	Ricostruzione coronale in amalgama a più cuspidi		€ 71,25	
SD18	Ricostruzione coronale in composito - colore dente		€ 90,00	
SD30	Estrazione semplice di dente o radice		€ 22,50	
SD37	Reinserimento di dente avulso		€ 60,00	
SD54	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione monocalare		€ 52,50	
SD55	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione bicanalare		€ 82,50	
SD56	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione tricanalare		€ 120,00	
SD57	Medicazioni canalari e sedute per specificazione		€ 26,25	
SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica	€ 30,00		

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI PREVENZIONE				
Codice	Descrizione	Cure eseguite in Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)	Cure eseguite in Strutture non Convenzionate (a rimborso)	Periodi di Carenza
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	Prestazioni gratuite per l'Assicurato. Il costo rimane al carico della Compagnia di Assicurazione.	€ 10,00	30 giorni
SD08	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale		€ 41,25	
SD11	Assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura); applicazioni topiche oligoelementi		€ 15,00	



CHI E COSA NON È ASSICURATO

Art. 30 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

Al manifestarsi di tali condizioni nel corso del Contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 c.c., senza obbligo della Compagnia di corrispondere l'eventuale Indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del Contratto ed il termine del periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Non sono, altresì, assicurabili le persone non stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Per la Garanzia "Dental", il presente articolo si intende operante solo per il primo, il secondo ed il terzo capoverso e non per quanto riportato di seguito.

Sono, inoltre, definite "persone non assicurabili" coloro le quali, al momento della stipula del Contratto di Assicurazione:

- hanno un indice di massa corporea (IMC) non compreso tra 18.00 – 34.99 (indice valido per persone di età maggiore o uguale a 18 anni);
- siano in attesa di ricovero o Intervento Chirurgico;
- abbiano già subito un Intervento Chirurgico, ricevuto una diagnosi o sono in attesa di esami, cure trattamenti in merito a uno o più delle seguenti malattie/disturbi:
 - cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno anche della pelle, leucemia o linfoma (tale esclusione, ai sensi della L. 7/12/2003 N.193 non, si estende alle patologie oncologiche sofferte il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni ovvero 5 anni nel caso di patologia oncologica insorta prima dei 21 anni di età compiuti. Si fanno salve le successive modifiche ed integrazioni normative più favorevoli all'Assicurato);
 - malattie cardiache (del miocardio, vascolari, valvolari, aritmiche) ad esempio: infarto del miocardio, coronaropatia, aneurisma dell'aorta, angina pectoris;
 - malattie cerebrovascolari ad esempio: ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA), aneurisma cerebrale broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria;
 - epatiti croniche virali (esclusa epatite A), cirrosi epatica, pancreatite acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, ad esempio, il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa;
 - nefrosi, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere, Diabete (tipo 1 e 2);
 - morbo di Parkinson, demenza, Alzheimer, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite;
- soffrono di ipercolesterolemia (superiore a 250 mg/dL nonostante il trattamento), ipertensione arteriosa (superiore a 140/90 nonostante il trattamento), ipo/ipertiroidismo non controllato da terapia/farmaci;
- hanno un'invalidità di grado uguale o superiore al 25% o hanno fatto domanda per ottenerla;
- si sono sottoposti negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari, ad esempio: risonanze magnetiche, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma e/o che abbiano richiesto ulteriori accertamenti.

Se l'Assicurato era già in una di tali condizioni prima della stipula della Polizza, la medesima cesserà e non sarà in alcun modo più operante per detto Assicurato.

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

La Compagnia, venuta a conoscenza di quanto sopra, provvederà a rimborsare, entro 45 giorni dalla cessazione della copertura, la parte di premio relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del Contratto ed il termine del periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso, al netto delle imposte già pagate

Art. 31 - Esclusioni

31.1 - Esclusioni valide per le Garanzie "Indennità giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche", "Accertamenti Diagnostici", "Visite Specialistiche", "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi"

L'Assicurazione non è operante per:

1. le Patologie preesistenti come normato all'art. 32;
2. le prestazioni non correlate dall'indicazione della diagnosi accertata o presunta e della data d'insorgenza a meno che non rientrino nella Garanzia "Prevenzione – Check Up" (art. 28);
3. le spese per amniocentesi o villocentesi se non vi è la presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante sotto i 35 anni di età;
4. le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni effettuate e fatturate successivamente al termine del Periodo di efficacia dell'Assicurazione, anche se relative a Malattie diagnosticate e Infortuni occorsi durante la validità della Polizza e denunciate durante il Periodo di efficacia della stessa (fermo comunque quanto indicato all'art. 26, secondo capoverso, – "Rimborso Spese Mediche");
5. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
6. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (ad esempio: visita ginecologica, visita oculistica), a meno che non rientrino nella Garanzia "Prevenzione – Check-up (art. 28), i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
7. le spese relative a prestazioni di agopuntura, logopedia, Trattamenti Fisioterapici (salvo se previste dal Piano Assicurativo prescelto);
8. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi (accertato o sospetta), nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
9. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
10. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
11. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina Alternativa o complementare o non convenzionale e sperimentale;
12. qualsiasi Malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'HIV, nonché le malattie sessualmente trasmesse;
13. gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
14. gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
15. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflicte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
16. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
17. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti;
18. gli Infortuni accorsi durante la manipolazione di materiale pirotecnico e uso o produzione di esplosivi anche come attività non professionale;
19. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o



- indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
20. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
 21. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
 22. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
 23. applicazioni di carattere estetico, trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati:
 - a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna;
 24. trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie Mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD10-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
 25. l'interruzione volontaria della gravidanza;
 26. le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche;
 27. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o Malformazioni Congenite preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore di 1 anno assicurati dalla nascita;
 28. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
 29. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
 30. le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico e Day Surgery;
 31. i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia ed Infortunio;
 32. le lenti ed occhiali;
 33. i Ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (Ricoveri Impropri);
 34. le spese sostenute a fronte di espianto da donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi in caso di trapianti;
 35. le prestazioni non specificate nelle singole Garanzie.

31.2 - Esclusioni valide per la Garanzia "Dental"

L'Assicurazione non è operante per:

1. tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza;
2. le patologie preesistenti alla Data di Decorrenza, per le sole prestazioni da "Emergenza Odontoiatrica";
3. le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il Periodo di efficacia dell'Assicurazione;
4. le cure o trattamenti medico odontoiatrico che non corrisponde alla definizione di Emergenza Odontoiatrica o Prevenzione Odontoiatrica e/o non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (art. 29);
5. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale;
6. trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia;
7. le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni odontoiatriche;
8. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paragenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e



- “downhill” nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
9. le spese sostenute in conseguenza di Malattie mentali ricomprese nel capitolo V (Disturbi psichici) della 10° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10-CM) dell’Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell’assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
 10. le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
 11. le estrazioni di denti decidui (da latte);
 12. le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti e parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che removibile.
 13. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca;
 14. gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
 15. gli Infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all’uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni;
 16. le conseguenze dirette e indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell’atomo come pure di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l’uso terapeutico;
 17. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l’Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
 18. le cure ed interventi relativi a infezioni da HIV e sindromi correlate con o senza AIDS;
 19. controlli di routine e/o check-up, salvo quanto previsto per le prestazioni di “Prevenzione Odontoiatrica”;
 20. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
 21. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
 22. qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla Data di Decorrenza dell’Assicurazione;
 23. interventi che richiedano anestesia generale o sedazione totale.

LIMITI DI COPERTURA

Art. 32 - Patologie preesistenti

L’Assicurazione non copre gli stati invalidanti, gli Infortuni e le Malattie in genere già conosciuti, diagnosticati o che abbiano dato origine a cure, esami, anteriormente alla Data di Decorrenza dell’Assicurazione e relative complicanze, conseguenze dirette e indirette.

Per la Garanzia “Dental” le patologie preesistenti alla Data di Decorrenza dell’Assicurazione sono escluse solo per le Prestazioni da “Emergenza Odontoiatrica”.

Art. 33 - Termini di Carenza

33.1 - Garanzie “Indennità giornaliera”, “Surgical Cash”, “Accertamenti Diagnostici”, “Visite Specialistiche”, “Rimborso Spese Mediche”, “Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi”

Le Prestazioni saranno operanti ed effettive, salvo le Esclusioni al precedente art. 31.1, per:

- gli Infortuni: dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza dell’Assicurazione;
- le Malattie: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell’Assicurazione;
- il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell’Assicurazione;
- le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l’Aborto Terapeutico: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell’Assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla Data di Decorrenza dell’Assicurazione stessa.

Per il solo neonato che viene incluso in copertura, nella Polizza dei genitori – che devono essere entrambi assicurati – fino all’anno di età, la Carenza di 30 giorni di cui sopra decorre dalla data di nascita indipendentemente dalla data d’ingresso in copertura.

Al compimento dell’anno il bambino, se assicurabile, potrà essere incluso in copertura previo versamento del relativo

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE

Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone



Premio.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con la presente Compagnia, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa) i termini di Carenza di cui sopra vengono calcolati dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, in riferimento:

- alle maggiori somme assicurate per prestazioni sanitarie già previste nella precedente copertura;
- alle prestazioni sanitarie non previste nella precedente copertura;
- alle nuove persone Assicurate.

Restano escluse, anche successivamente al Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.

33.2 - Garanzia "Dental"

Le Prestazioni saranno operanti ed effettive salvo le Esclusioni al precedente art. 31.2, per:

- gli Infortuni: dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- Prestazioni di "Emergenza odontoiatrica" e "Prevenzione odontoiatrica": dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

Restano escluse, anche successivamente al Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.

Art. 34 - Responsabilità

L'Assicurato riconosce espressamente che la Compagnia e la Centrale Operativa non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalla Strutture Convenzionate.

Pertanto, l'Assicurato prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura, Centri diagnostici, Centri e Studio odontoiatrici etc.) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Art. 35 - Cosa fare in caso di Sinistro

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri la Compagnia si avvale della Centrale Operativa che risponde al seguente numero per chiamate dall'Italia e dall'estero:

02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00, per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle Prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione).

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare la Centrale Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

Art. 36 - Denuncia di Sinistro

36.1 - Garanzie "Indennità giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese mediche", "Accertamenti Diagnostici", "Visite Specialistiche", "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi" e "Prevenzione – Check-up".

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Centrale Operativa non appena ne abbia la possibilità al seguente numero per chiamate dall'Italia e dall'estero:

02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle Prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 c.c..

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

L'elenco delle strutture è disponibile nel sito <https://app.myassistance.eu> o tramite App dove l'Assicurato vi accede

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

con le proprie credenziali.

Utilizzando le Strutture Convenzionate l'Assicurato ha sempre l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa l'autorizzazione.

Qualora l'Assicurato richieda successivamente il Rimborso di spese mediche per prestazioni ricevute in Strutture Convenzionate, tale rimborso avverrà con l'applicazione di eventuali Scoperti e/o Franchigie previsti per le prestazioni effettuate in Strutture non Convenzionate (a rimborso).

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Inglese, Francese e Spagnolo dovrà essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

36.2 - Garanzia "Dental"

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Centrale Operativa non appena ne abbia la possibilità al seguente numero per chiamate dall'Italia e dall'estero:

02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle Prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 c.c..

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

Utilizzando le Strutture Convenzionate l'Assicurato ha sempre l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa l'autorizzazione.

Qualora l'Assicurato richieda successivamente il Rimborso di spese mediche per prestazioni ricevute in Strutture Convenzionate, tale rimborso non potrà essere superiore all'importo presente nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (art. 29 – "Dental").

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Inglese, Francese e Spagnolo dovrà essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 37 - Gestione del Sinistro

37.1 - Garanzie "Indennità giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche", "Accertamenti Diagnostici", "Visite Specialistiche", "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi"

La richiesta di Rimborso viene gestita dalla Centrale Operativa entro 10 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione da parte dell'Assicurato.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un Beneficiario delle Prestazioni e il Rimborso avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Il Rimborso viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.

Il pagamento diretto che la Compagnia effettuerà alle Strutture Convenzionate solleverà la Compagnia stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Compagnia a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

Tutte le Prestazioni assicurate devono essere effettuate da medico specialista o da personale specializzato, corredate dalla relativa diagnosi (patologia accertata o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da studio medico, da Medico specialista, da medico dentista o da una struttura odontoiatrica.

Le prestazioni infermieristiche nonché i Trattamenti fisioterapici e Rieducativi possono essere fatturati rispettivamente da infermiere professionista le prime o da Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia le seconde.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi certificata.

Al fine della valutazione del Sinistro, la Compagnia, per il tramite della Centrale Operativa, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

La Compagnia avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della documentazione inviata. Al fine della corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione.

37.2 - Garanzia "Dental"

La richiesta di Rimborso viene gestita entro 20 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione da parte dell'Assicurato.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un Beneficiario delle Prestazioni e il Rimborso avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Il Rimborso viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.

Il pagamento diretto che la Compagnia effettuerà alle Strutture Convenzionate solleverà la Compagnia stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Compagnia a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

Tutte le Prestazioni assicurate devono essere effettuate da medico dentista o da una struttura odontoiatrica.

Al fine della valutazione del Sinistro, la Compagnia, per il tramite della Centrale Operativa, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

La Compagnia avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della documentazione inviata al fine della corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione.

Art. 38 - Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di autorizzazione al pagamento diretto qualora si dovesse accertare successivamente la non validità della Polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della Garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, la Compagnia ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Compagnia stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di Cura se già saldate dalla Compagnia alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti, la Compagnia si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 39 - Documentazione da inviare in caso di Sinistro

Di seguito si descrive il tipo di documentazione da inviare in caso di Sinistro, suddivisa per Garanzia, da consultare quella previste dal Piano Assicurativo prescelto, come specificato in Polizza.

1. Indennità Giornaliera

Al termine delle cure, la Compagnia riconosce all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione in fotocopia:

- della Cartella Clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con o senza

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

- Intervento Chirurgico anche in regime di Day Hospital / Day Surgery;
- del referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato tramite la propria area web riservata, app dedicata della Centrale Operativa, oppure all'indirizzo e-mail sinistri.netinsurance@myassistance.it. Le prestazioni relative a ricoveri in Istituto di Cura senza Intervento Chirurgico e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto ("Ricoveri Impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito delle Garanzie Extraospedaliere, qualora previste dal Piano Assicurativo acquistato.

2. Surgical Cash

L'Assicurato può:

- richiedere alla Compagnia di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

2.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Il Pagamento diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa e abbia richiesto a quest'ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

L'Assicurato dovrà inviare all'indirizzo e-mail sinistri.netinsurance@myassistance.it la prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta con indicata la data d'insorgenza;
- Ricovero con Intervento, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale: tipo di Intervento Chirurgico da eseguire;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

Restano a carico dell'Assicurato l'eventuale importo eccedente l'Indennizzo previsto dalla classe a cui l'Intervento Chirurgico viene attribuito, come riportato nell'Allegato 1 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi", nonché le Prestazioni non garantite dal Piano Assicurativo e non autorizzate dalla Centrale Operativa.

2.2. Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, la Compagnia rimborsa all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione in fotocopia:

- della Cartella Clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Surgery;
- dettagliata relazione del medico specialista attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

La documentazione sopra elencata dovrà essere inviata dall'Assicurato tramite area web riservata, app dedicata della Centrale Operativa oppure all'indirizzo e-mail sinistri.netinsurance@myassistance.it.

3. Rimborso Spese Mediche

L'Assicurato può:

- richiedere alla Compagnia di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.



3.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Il Pagamento diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa e abbia richiesto a quest'ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

L'Assicurato dovrà inviare all'indirizzo e-mail sinistri.netinsurance@myassistance.it la prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta con indicata la data d'insorgenza;
- Ricovero con Intervento, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale: tipo di intervento chirurgico da eseguire;
- Ricovero senza intervento o Day Hospital: l'iter diagnostico e terapeutico;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

Restano a carico dell'Assicurato, gli importo eccedenti i Massimali, le Franchigie/Scoperti eventualmente previste, nonché le Prestazioni non garantite dal Piano Assicurativo prescelto.

Le prestazioni relative a ricoveri in Istituto di Cura senza Intervento Chirurgico e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto ("Ricoveri Impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito delle Garanzie Extraospedaliere.

3.2. Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, la Compagnia rimborsa all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione delle fotocopie delle fatture o note di spesa debitamente quietanzate complete di:

- Cartella Clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Hospital, Day Surgery;
- dettagliata relazione del medico specialista attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato all'indirizzo mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it.

4. "Accertamenti diagnostici", "Visite Specialistiche" e "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi"

L'Assicurato può:

- richiedere alla Compagnia di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

4.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Il Pagamento diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa e abbia richiesto a quest'ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

L'Assicurato dovrà inviare all'indirizzo e-mail sinistri.netinsurance@myassistance.it la prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta con indicata la data d'insorgenza;

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

- tipo di prestazione (es. visita ortopedica, ecografia pelvica etc.);
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio o la Malattia (es. radiografie, referti clinici etc.).

Restano a carico dell'Assicurato eventuali Franchigie, Scoperti o somme eccedenti i Massimali.

4.2 Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, la Compagnia rimborsa all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione delle fotocopie delle fatture o notule di spesa debitamente quietanzate complete di:

- prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista con tipo di prestazione, patologia accertata o sospetta e indicazione della data d'insorgenza; per le sole visite specialistiche è possibile inoltrare in alternativa alla prescrizione il referto del medico specialista;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

5. Dental

L'Assicurato può:

- richiedere alla Compagnia di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate con la Centrale Operativa;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

5.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

L'Assicurato ha l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa l'autorizzazione al Pagamento diretto, contattando il numero indicato all'art. 36.1.

La Centrale Operativa prenoterà per conto dell'Assicurato l'appuntamento presso la Struttura Convenzionata.

In occasione della prima attivazione della Polizza il dentista dovrà compilare l'odontogramma che riepiloga lo stato di salute della bocca dell'Assicurato.

Inoltre, durante la prima visita sarà richiesto all'Assicurato di sottoscrivere con il medico dentista il proprio budget cure odontoiatriche (BCO) per l'approvazione delle prestazioni incluse nel Piano Assicurativo. I trattamenti e le prestazioni non compresi nel Piano Assicurativo verranno fatturate direttamente all'Assicurato.

L'odontogramma e il BCO saranno forniti dalla Centrale Operativa direttamente alla Struttura Convenzionata.

In caso di prestazione resa necessaria da Infortunio l'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

5.2 Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, l'Assicurato deve inviare la richiesta di Rimborso completa di:

- modulo di rimborso compilato in ogni sua parte e sottoscritto dall'Assicurato con eventuale supporto del dentista (il modulo deve essere richiesto alla Centrale Operativa)
- copia delle fatture valide ai fini fiscali, con dettaglio della singola prestazione effettuata, relativo costo e data in cui le singole prestazioni sono state eseguite;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato tramite e-mail all'indirizzo: sinistri.netinsurance@myassistance.it.

Art. 40 - Pagamento dell'Indennizzo/Rimborso dei Sinistri a rimborso

Il pagamento dell'Indennizzo in caso di Sinistro viene riconosciuto dalla Compagnia a ricezione di tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza.

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE

Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone



ALLEGATO 1. CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN CLASSI

Descrizione intervento chirurgico	Classe di intervento
CARDIOCHIRURGIA	
Angioplastica coronarica singola	IV
By-pass aorto coronarico singolo o multiplo	VI
Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti	VI
Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) interventi di, salvo gli interventi descritti	V
Cisti del cuore o del pericardio, asportazione di	V
Commisurotomia per stenosi mitralica	V
Contropulsazione aortica mediante incanalamento arterioso	V
Drenaggio pericardico o riapertura per sanguinamento	II
Embolectomia con Fogarty	III
Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per	V
Fistole arterovenose del polmone, interventi per	VI
Pericardiectomia parziale	IV
Pericardiectomia totale	V
Pericardiocentesi	I
Sostituzione valvola singola (C.E.C.)	VI
Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)	VII
Trapianto cardiaco	VII
Valvuloplastica chirurgica	VI
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	
Ablazione transcateretere	IV
Angioplastica coronarica singola/multipla con o senza applicazione di Stent	IV
Biopsia endomiocardica	II
Cateterismo destro e sinistro, e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	III
Coronografia circolo nativo + ev. studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	III
Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateretere e programmazione elettronica	VI
Pace maker, impianto temporaneo e relativo espianto (come unico intervento)	II
Sostituzione generatore pace maker definitivo	II
Studio elettrofisiologico endocavitario	II
Valvuloplastica cardiaca	IV
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	
Ascesso mammario, incisione del	I
Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate	V
Mastectomia semplice con eventuale linfadenectomia	IV
Mastectomia sottocutanea	IV
Noduli e/o cisti benigne, asportazione di	II
Posizionamento punto di reperi per noduli non palpabili	I
Quadrantectomia con linfadenectomie associate	V
Quadrantectomia senza linfadenectomie associate	IV
CHIRURGIA DELLA MANO	
Amputazioni carpalì	II
Amputazioni falangee	II
Amputazioni metacarpi	II

Descrizione intervento chirurgico	Classe di intervento
Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	III
Artrodesi carpale	IV
Artrodesi metacarpo falangea e/o interfalangea	III
Artroplastica	IV
CHIRURGIA DEL COLLO	
Ascessi, favi, flemmoni e drenaggio di	I
Biopsia prescalenica	I
Fistola esofago-tracheale, intervento per	V
Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplastiche benigne	III
Ghiandola sottomascellare, asportazioni per tumori maligni	IV
Linfadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	IV
Linfadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	IV
Linfadenectomia sopraclaveare	III
Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico	I
Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle	V
Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	III
Tiroide, lobectomie	IV
Tiroidectomia per gozzo intratoracico sia per via cervicale che per via sternotomica o toracotomia	V
Tiroidectomia subtotale	IV
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale	VI
Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale	V
Tracheotomia, chiusura e plastica	II
Tracheotomia con tracheotomia sia d'urgenza che di elezione	III
Tubo laringo-tracheale, intervento per ferite del	IV
Tumore maligno del collo, asportazione di	IV
CHIRURGIA DELL'ESOFAGO	
Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	IV
Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	V
Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia	VI

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

Esofago, resezione parziale dell'	VI
Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia	VI
Esofagogastroduodenoscopia operativa	II
Esofagogastropastica - esofagodigiunoplastica - esogagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)	V
Esofagostomia	III
Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica	IV
Protesi endo-esofagee, collocazione di	II
Stenosi benigna dell'esofago, interventi per	V
Stenosi esofagee, trattamento endoscopico con laser (per seduta)	I
Varici esofagee: emostasi con sonda tamponante o sclero terapia endoscopica	II
Varici esofagee: intervento trans toracico o addominale	V
CHIRURGIA DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	
Agobiopsia/agoaspirato	I
Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	VI
Biopsia epatica (come unico intervento)	II
Calcolosi intraepatica, intervento per	V
Cisti o ascessi epatici da echinococco, pericistectomia	V
Colecistectomia	IV
Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia	IV
Colecistectomia per neoplasia non resecabili	IV
Coledoco-epatico-digiuno/duodenostomia con o senza colecistectomia	V
Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)	V
Dearterializzazione epatica con o senza chemioterapia	IV
Deconnessione azygos-portale per via addominale	V
Drenaggio bilio-digestivo intraepatico	IV
Incanalazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica	II
Litotripsia per calcoli delle vie biliari principale ed accessoria (trattamento completo)	V
Papilla di Vater, exeresi	IV
Papillostomia, per via transduodenale (come unico intervento)	IV
Papillotomia, per via endoscopica	III
Resezioni epatiche maggiori	VI
Resezioni epatiche minori	V
Trapianto di fegato	VII
Vie biliari, interventi palliativi	V
CHIRURGIA DELL'INTESTINO	
Ano preternaturale, chiusura ricostruzione continuità	IV
Appendicectomia con peritonite diffusa	IV
Appendicectomia semplice	III
Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	III
Ascesso perianale, intervento per	III
By-pass gastro-intestinali o intestinali per patologie maligne	VI
By-pass intestinali per il trattamento obesità patologica	V
Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per	III
Colecistectomia segmentaria	V
Colecistectomia segmentaria, con linfadenectomia ed eventuale colostomia	V
Colecistectomia totale	V
Colecistectomia totale con linfadenectomia	VI
Colecistectomia con colorrafia (come unico intervento)	IV
Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	III
Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)	IV

Corpi estranei dal retto, estrazione per via addominale di	IV
Corpi estranei, estrazione con sfinterotomia di	II
Digiunostomia (come unico intervento)	III
Diverticoli di Meckel, resezione di	III
Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	III
Emicolectomia destra con linfadenectomia	V
Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Emorroidi e/o ragadi, criochirurgia (trattamento completo)	II
Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per	III
Emorroidi e/o ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
Emorroidi, intervento chirurgico radicale	III
Emorroidi, legatura elastica delle (trattamento completo)	II
Enterostomia (come unico intervento)	IV
Fistola anale extrasfinterica	III
Fistola anale intrasfinterica	II
Fistole anali, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
Hartmann, intervento di	VI
Ileostomia (come unico intervento)	IV
Incontinenza anale, intervento per	IV
Intestino, resezione per dell'	V
Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	IV
Megacolon: colostomia	III
Mikulicz, estrinsecazione sec.	III
Pan-colonscopia operativa	II
Polipectomia per via laparoscopica	III
Polipo rettale, asportazione di	II
Procto-colectomia totale con pouch ileale	VI
Prolasso rettale, intervento transanale per	III
Prolasso rettale, per via addominale, intervento per	IV
Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	III
Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano con linfadenectomia inguinale bilaterale	VI
Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del	VI
Rettosigmoidoscopia operativa	I
Sfinterotomia (come unico intervento)	I
Sigma, miotomia del	V
Tumore del retto, asportazione per via sacrale di	V
Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per	V
CHIRURGIA DEL PANCREAS	
Agobiopsia/agoaspirato pancreas	I
Ascessi pancreatici, drenaggio di	III
Biopsia (come unico intervento)	II
Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	V
Derivazione pancreatico-Wirsung digestive	V
Duodeno cefalo pancreatetectomia compresa eventuale linfadenectomia	VI
Fistola pancreatica, intervento per	VI
Milza, interventi chirurgici conservativi (splenoraffie, resezioni spleniche)	V
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	VI
Pancreatetectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia	VI
Pancreatetectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)	VI
Pancreatite acuta, interventi conservativi	V
Pancreatite acuta, interventi demolitivi	VI
Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	V
Splenectomia	V
Trapianto del pancreas	VII

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE

Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone



CHIRURGIA DELLA PARETE ADDOMINALE	
Cisti, ematomi, ascessi, flemmoni parete addominale	I
Diafasi dei retti (come unico intervento), intervento per	III
Ernia crurale semplice o recidiva	II
Ernia crurale strozzata	III
Ernia diaframmatica	V
Ernia epigastrica semplice, strozzata o recidiva	III
Ernia inguinale con ectopia testicolare	III
Ernia inguinale semplice, strozzata o recidiva	III
Ernia ombelicale semplice o recidiva	III
Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perianale)	IV
Laparocoele, intervento per	IV
Linfoadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	IV
Linfoadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	III
Tumore maligno della parete addominale, asportazione di	III
CHIRURGIA DEL PERITONEO	
Ascesso del Douglas, drenaggio	III
Ascesso sub-frenico, drenaggio	IV
Laparoscopia esplorativa/diagnostica/operativa	II
Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi	V
Laparotomia con resezione intestinale	V
Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili	IV
Laparotomia per contusioni e ferite all'addome senza lesioni di organi interni	IV
Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedono exeresi	V
Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	V
Laparotomia per peritonite diffusa	IV
Laparotomia per peritonite saccata	IV
Laparotomia semplice (esplorativa e/o lisi aderenze)	IV
Lavaggio peritoneale diagnostico	I
Occlusione intestinale con resezione	V
Occlusione intestinale senza resezione	IV
Paracentesi	I
Tumore retroperitoneale, exeresi di	V
CHIRURGIA PICCOLI INTERVENTI	
Ascesso periferico per posizionamento di catetere venoso	I
Ago aspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo casi descritti	I
Ascesso o flemmone diffuso, sottoaponeurotico, superficiale o circoscritto incisione di	I
Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti	I
Cisti sinoviale, asportazione radicale di	I
Cisti tronco/arti, asportazione di	I
Corpo estraneo superficiale o profondo extracavitario, estrazione di	I
Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del	I
Ematoma superficiale, profondi extracavitari svuotamento di	I
Espianto di catetere peritoneale	I
Ferita superficiale o profonda della faccia, sutura di	I
Ferita superficiale o profonda, sutura di	I
Fistola artero-venosa periferica, preparazione di	I
Impianto chirurgico di catetere peritoneale	I
Pateruccio superficiale, profondo o osseo, intervento per	II
Posizionamento percutaneo di catetere venoso centrale (come unica prestazione)	I
Tumore profondo extracavitario, asportazione di	II
Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di	II

Tumore superficiale o sottocutaneo benigno, asportazione di	I
Unghia incarnita, asportazione o cura radicale di	I
CHIRURGIA DELLO STOMACO	
Dumping syndrome, interventi di riconversione per	V
Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)	IV
Fistola gastro-digiuno colica, intervento per	VI
Gastrectomia totale con linfoadenectomia	VI
Gastrectomia totale per patologia benigna	V
Gastro-enterostomia per neoplasie non resecabili	IV
Gastrotomia (PEG)	III
Pilorooplastica (come unico intervento)	IV
Resezione gastro-duodenale	V
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	V
Vagotomia selettiva, tronculare con pilorooplastica	V
Vagotomia superselettiva	V
CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE	
Calcolo salivare, asportazione di	II
Cisti del mascellare, operazione per	II
Cisti, mucose, piccole neoplasie benigne: della lingua o delle guance o del labbro o del pavimento orale (asportazione di)	I
Condilectomia (come unico intervento)	III
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale	V
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale	IV
Corpi estranei profondi dei tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di	II
Fissazione con ferule di elementi dentali lussati (per arcata)	I
Fistola del dotto di Stenone, intervento per	II
Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle	III
Formazioni cistiche endoparotidiche, enucleoresezione di	IV
Fornice gengivale superiore o inferiore, plastica del	II
Fossa pterigo-mascellare, chirurgia della	VI
Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	IV
Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle	IV
Fratture mandibolari, riduzione con ferule	II
Frenulotomia con frenuloplastica superiore ed inferiore	I
Linfoangioma cistico del collo, intervento per	IV
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare	V
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale	VI
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	IV
Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia	II
Lussazione mandibolare, terapia chirurgica per	III
Mandibola, resezione parziale per neoplasia della	V
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del	V
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	VI
Meniscectomia dell'articolazione temporomandibolare (come unico intervento)	III
Neoformazione endossea di grandi dimensioni, exeresi di	III
Neoformazione endossee di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, torus palatino e mandibolare) exeresi di	II
Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	V

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE

Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone



Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	III
Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di	II
Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di	I
Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per	V
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per	IV
Parotidectomia parziale o totale	V
Plastica di fistola palatina	III
Plastiche mucose per comunicazioni oro-antrali	II
Ranula, asportazione di	II
Ricostruzione con innesti ossei, con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	V
Scappucciamento osteo-mucoso dente semincluso	I
Seno mascellare, apertura per processo alveolare	II
Tumori benigni o misti della parotide, enucleazione di	IV
CHIRURGIA PEDIATRICA	
Asportazione tumore di Wilms	VI
Cefaloematoma, aspirazione di	I
Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene) intervento per	VI
Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale	V
Granuloma ombelicale, cauterizzazione	I
Neuroblastoma addominale, endotoracico o pelvico	VI
Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)	VI
Occlusione intestinale del neonato, con o senza resezione intestinale	V
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice	III
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva	VI
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz	VI
Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del	V
Retto, prolasso con cerchiaggio anale del	II
Retto, prolasso con operazione addominale del	V
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	
Allestimento di lembo peduncolato	II
Angiomi del viso di grandi dimensioni (oltre cm 4), intervento per	III
Angiomi del viso di piccole dimensioni (meno di cm 4), intervento per	II
Angiomi di tronco e arti di grandi dimensioni (oltre cm 7), intervento per	II
Angiomi di tronco e arti di piccole/medie dimensioni (meno di cm 7), intervento per	I
Cheloidi di grandi dimensioni, asportazione di	II
Cheloidi di piccole dimensioni, asportazione di	I
Cicatrici del viso, del tronco o degli arti, qualsiasi dimensione, correzione di	II
Innesti composti	II
Innesto dermo epidermico o dermo adiposo o cutaneo libero o di mucosa	II
Innesto di fascia lata	II
Innesto di nervo, di tendine, osseo o cartilagineo	III
Intervento di push-back e faringoplastica	IV
Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva delle	III
Modellamento di lembo in situ	II
Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	III
Plastica a Z del volto o altra sede	II
Plastica V/Y, YV	II
Retrazione cicatriziale delle dita con innesto, intervento per	IV

Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto, intervento per	III
Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	V
Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale	IV
Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea	III
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	III
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	II
Riparazione di P.S.C. con lembo fascio cutaneo	III
Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo	IV
Riparazione di P.S.C. o di esiti cicatriziali mediante espansione tissutale	III
Toilette di ustioni di grandi dimensioni (prestazione ambulatoriale)	I
Toilette di ustioni di piccole dimensioni (prestazione ambulatoriale)	I
Trasferimento di lembo libero micro vascolare	V
Trasferimento di lembo peduncolato	II
Tumori maligni profondi del viso, asportazione di	III
Tumori maligni superficiali del viso, intervento per	II
Tumori superficiali o cisti benigne del viso, intervento per	I
CHIRURGIA TORACO-POLMONARE	
Agobiopsia pleurica/opleurica puntura esplorativa	I
Ascessi, interventi per	IV
Bilobectomie, intervento di	VI
Biopsia laterocervicale	I
Biopsia sopraclavare	I
Broncoinstillazione endoscopica	II
Cisti (echinococco od altre), asportazione di	V
Decorticazione pleuro-polmonare, intervento di	V
Drenaggi di mediastinici acute o croniche o di ascessi	II
Drenaggio cavità empi ematiche	II
Drenaggio pleurico per emo e/o pneumotorace traumatico	II
Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	I
Enfisema bolloso, trattamento chirurgico	IV
Ernie diaframmatiche traumatiche	V
Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	V
Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	III
Ferite con lesioni viscerali del torace	V
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	VI
Fistole esofago bronchiali, interventi di	VI
Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	III
Lavaggio bronco-alveolare endoscopico	I
Lavaggio pleurico	I
Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)	V
Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	IV
Mediastinoscopia diagnostica o operativa	II
Mediastinoscopia soprasternale per enfisema mediastinico	II
Neoformazioni costali localizzate	II
Neoformazioni del diaframma	IV
Neoformazioni della trachea	III
Neoplasie maligne coste e/o sterno	IV
Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino	VI
Pleurectomie	V
Pleuropneumectomia	VI
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	III
Pneumonectomia, intervento di	VI
Pneumotorace terapeutico	I
Puntato sternale o midollare	I

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE

Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone



Puntura esplorativa del polmone	I
Relaxatio diaframmatica	V
Resezione bronchiale con reimpianto	VI
Resezione di costa soprannumeraria	V
Resezione segmentaria o lobectomia	V
Resezioni segmentarie tipiche o atipiche	V
Sindromi stretto toracico superiore	V
Timectomia	V
Toracentesi	I
Toracoplastica, primo tempo	V
Toracoplastica, secondo tempo	III
Toroscopia	II
Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	IV
Tracheo-broncoscopia esplorativa	II
Tracheo-broncoscopia operativa	III
Trapianto di polmone	VII
CHIRURGIA VASCOLARE	
Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto	VI
Aneurismi arterie distali degli arti	IV
Aneurismi, resezione e trapianto: arterie viscerali e tronco sovraortici	V
Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	V
By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale	V
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlativa	V
By-pass arterie periferiche: femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-popliteo	V
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	V
Fasciotomia decompressiva	IV
Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	I
Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca	II
Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omerale-mammaria interna-brachiale-ascellare-glutea-carotide-verrebrale-succlavia-anonima	IV
Legatura e/o di piccoli vasi: tibiali-linguale-tiroideamascellare-temporale-facciale-radiale-cubitali-arcate palmari/pedie	II
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche (CHIVA)	III
Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	III
Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale pastica vasale	VI
Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendoarteriectomia e plastica arteria femorale	V
Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Varicectomia con o senza legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	II
CHIRURGIA DERMATOLOGICA, CRIOTERAPIA, LASER	
Asportazione con LASER di tumori benigni cutanei o delle mucose esclusi quelli del viso (unica seduta)	I
Asportazione con LASER di tumori benigni del viso (unica seduta)	I
Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni (per seduta)	I
Trattamento mediante LASER di alterazioni cutanee virali (condilomi, etc.) (per seduta)	I

Trattamenti mediante LASER di tumori maligni cutanei (trattamento completo)	I
GASTROENTEROLOGIA	
Biopsia digiunale sotto scopia con capsula a suzione	I
GINECOLOGIA	
Adesiolisi	IV
Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde	I
Annessiectomia bilaterale, interventi conservativi di	V
Annessiectomia bilaterale, interventi demolitivi di	V
Annessiectomia monolaterale, interventi conservativi di	IV
Annessiectomia monolaterale, interventi demolitivi di	IV
Ascessi delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di	I
Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di	III
Ascesso pelvico, trattamento chirurgico	II
Biopsia della portio, vulva, vagina, endometrio	I
Cisti della ghiandola del Bartolini, asportazione di	III
Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	IV
Cisti vaginale, asportazione di	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	III
Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purulente	II
Conizzazione e tracheloplastica	III
Denervazione vulvare	II
Diatermocoagulazione della portio uterina o vulva	I
Dilatazione del collo e applicazione di tubetto di Petit-Leufour endouterino	I
Eviscerazione pelvica	VI
Fistole uterale, vescico-vaginale, retto-vaginale, intervento per	V
Incontinenza uterina, intervento per via vaginale o addominale	V
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con o senza linfoadenectomia	V
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparoscopica o per via vaginale, intervento di	IV
Isteropessi	IV
Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsia (come unico esame)	I
Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per	III
Isteroscopia operativa: corpi estranei, rimozione di	I
Isteroscopia operativa: sinechie-setti-fibromi-polipi, intervento per	II
Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie	II
Laparotomia esplorativa (come unico intervento)	II
Laparotomia esplorativa con linfoadenectomia lombo pelvica selettiva e bioptica	V
Laparomia per ferite e rotture dell'utero	V
Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta)	I
Linfoadenectomia laparoscopica (come unico intervento)	IV
Metroplastica (come unico intervento)	IV
Miomectomie per via laparoscopica e ricostruzione plastica dell'utero	IV
Miomectomie per via vaginale	III
Neoformazioni della vulva, asportazione	I
Neurectomia semplice	IV
Plastica con allargamento dell'introito (compreso intervento per vaginismo)	III
Plastica vaginale anteriore, e posteriore, intervento di	IV
Plastica vaginale anteriore o posteriore, intervento di	III

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

Polipi cervicali, asportazione di	I
Polipi orifizio uretrale esterno	I
Prolasso cupola vaginale o colpoepessia, interventi per via addominale o vaginale	IV
Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di	II
Raschiamento endouterino diagnostico e terapeutico	II
Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	IV
Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale	III
Salpingectomia bilaterale	IV
Salpingectomia monolaterale	IV
Salpingoplastica	V
Setto vaginale, asportazione chirurgica	II
Tracheloplastica (come unico intervento)	II
Trattamento chirurgico conservativo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	V
Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico conservativo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per	V
Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per	IV
V.A.B.R.A. a scopo diagnostico	I
Vulvectomy parziale	III
Vulvectomy parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	IV
Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	VI
Vulvectomy semplice (locale o cutanea), intervento di	IV
Vulvectomy totale	IV
OSTETRICIA	
Aborto terapeutico	II
Amniocentesi	II
Assistenza al parto con taglio cesareo (e/o distotico con o senza episiotomia) conservativo o demolitivo (comprensiva della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero)	IV
Biopsia villi coriali	II
Cerchiaggio cervicale	II
Colpoperineorrafia per deiscenza sutura, intervento di	I
Cordocentesi	II
Fetoscopia	II
Lacerazione cervicale, sutura di	I
Laparotomia esplorativa	II
Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore	V
Mastite puerperale, trattamento chirurgico	I
Revisione delle vie del parto, intervento per	II
Revisione di cavità uterina per aborto in atto-postabortivo-in puerperio, intervento	II
Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica, intervento di	IV
NEUROCHIRURGIA	

Anastomosi vasi intra-extra cranici	VI
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per	VI
Carotide endocranica, legatura della	V
Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni	VI
Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolarie varie, interventi di	VI
Corpo estraneo intracranico, asportazione di	VI
Cranioplastica	VI
Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo	V
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali o ematoma extradurale	VI
Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	VII
Deviazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per	VI
Epilessia focale, intervento per	VI
Ernia del disco dorsale o lombare	IV
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica	V
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	IV
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	V
Fistola liquorale	VI
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	V
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	VI
Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	VI
Gangliectomia lombare o splanchnicectomia	V
Ipfosi, intervento per via transfenoidale	VI
Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali	V
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari	VI
Laminectomia per tumori intramidollari	VI
Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di	VII
Neoplasie endorachidee, asportazione di	V
Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	VI
Neurolisi (come unico intervento)	III
Neuroraffia primaria (come unico intervento)	III
Neurotomia retrogasseriana, sezione entracranica di altri nervi (come unico intervento)	VI
Neurotomia semplice (come unico intervento)	III
Plastica volta cranica	VI
Plesso brachiale, intervento sul	V
Puntura sottoccipitale per prelievo liquore o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto	I
Rachicentesi per qualsiasi indicazione	I
Rizotomie e micro decompressioni radici endocraniche	VI
Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica (compresa eventuale plastica)	VI
Simpatico cervicale: denervazione del seno catotideo, intervento sul	IV
Simpatico cervicale: gangliectomia, intervento sul	IV
Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul	IV
Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul	IV
Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi slancnici	V
Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul	IV
Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul	IV
Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul	III
Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul	IV
Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul	IV
Simpatico lombare: splanchnicetomia, intervento sul	IV

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE

Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone



Stenosi vertebrale lombare	V
Stereotassi, intervento di	V
Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici	III
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari	VII
Termorizotomia del trigemino o di altri nervi cranici	IV
Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare	III
Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)	IV
Traumi vertebro-midollari via anteriore o posteriore, intervento per	VI
Tumori orbitali, asportazione per via endocranica	VII
Tumori dei nervi periferici, asportazione di	V
Tumori della base cranica, intervento per via trans orale	VII
Tumori orbitali, intervento per	VI
OCULISTICA BULBO OCULARE	
Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	III
Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	V
Enucleazione con innesto protesi mobile	IV
Enucleazione o exenteratio	III
Eviscerazione con impianto intraoculare	IV
OCULISTICA CONGIUNTIVA	
Corpi estranei, asportazione di	I
Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto	II
Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento	II
Piccole cisti, sutura con innesto placentare	I
Plastica congiuntivale per innesto o scorrimento	II
Pterigio o pinguecola	I
Sutura di ferita congiuntivale	I
OCULISTICA CORNEA	
Cheratomi	III
Cheratoplastica a tutto spessore	IV
Cheratoplastica lamellare	III
Cheratoplastica refrattiva (escluse finalità estetiche)	II
Corpi estranei dalla cornea (estrazione di)	I
Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	III
Epicheratoplastica	IV
Lenticolo biologico, apposizione a scopo terapeutico	I
Odontocherapotesi (trattamento completo)	IV
Paracentesi della camera anteriore	I
Sutura corneale (come unico intervento)	I
Trapianto corneale a tutto spessore	VI
Trapianto corneale lamellare	V
OCULISTICA CRISTALLINO	
Aspirazione di masse catarattose (come unico intervento)	III
Cataratta (senile, traumatica, patologica, complicata), estrazione di	III
Cataratta congenita o traumatica, discissione di	II
Cataratta molle, intervento per	III
Cataratta secondaria, discissione di	I
Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	III
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera anteriore	II
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore	III
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera anteriore (come unico intervento)	II
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento)	III
Cristallino lussato-cataratta complicata, estrazione di	III
Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala)	III

Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	III
OCULISTICA IRIDE	
Cisti iridee, asportazione e plastica di	II
Iridectomia	II
Irido-dialisi, intervento per	II
Iridoplastica	II
Iridotomia	II
Prolasso irideo, riduzione	II
Sinechiotomia	II
Sutura dell'iride	II
OCULISTICA MUSCOLI	
Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento di	II
Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento di	III
Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche)	III
Strabismo paralitico, intervento per	III
OCULISTICA INTERVENTI PER GLAUCOMA	
Alcolizzazione nervo ciliare, intervento per	I
Ciclodialisi	III
Ciclodiatomia perforante	II
Goniotomia	III
Idrocicloretrazione, intervento di	IV
Microchirurgia dell'angolo camerulare	IV
Operazione fistolizzante	IV
Trabeculectomia	IV
Trabeculectomia + asportazione cataratta - intervento combinato	IV
Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale-intervento combinato	V
Trabeculotomia	III
OCULISTICA ORBITA	
Biopsia orbitaria	II
Cavità orbitaria, plastica per	III
Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	III
Corpi estranei endoorbitali, asportazione di	II
Exenteratio orbitale	IV
Iniezione endoorbitale	I
Operazione di Kronlein od orbitotomia	VI
Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	III
OCULISTICA PALPEBRE	
Ascesso palpebrale, incisione di	I
Blefarocalasi o traumi o ferite, intervento di blefaroplastica: una palpebra	II
Calazio	II
Cantoplastica	II
Entropion-ectropion	II
Epicanto-coloboma	II
Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: una palpebra (escluse finalità estetiche)	I
Ernie palpebrali, correzione di (escluse finalità estetiche)	I
Piccoli tumori o cisti, asportazione di	I
Riapertura di anchiloblefaron	I
Sutura cute palpebrale (come unico intervento)	I
Sutura per ferite a tutto spessore (come unico intervento)	I
Tarsorrafia (come unico intervento)	I
Tumori, asportazione con plastica per innesto	III
Tumori, asportazione con plastica per scorrimento	II
OCULISTICA RETINA	
Asportazione, cerchiaggio, rimozione materiale usati durante l'intervento di distacco	II
Diatermocoagulazione retinica per distacco	III

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	IV
Vitrectomia anteriore e posteriore	V
OCULISTICA SCLERA	
Sclerectomia (come unico intervento)	IV
Sutura sclerale	II
OCULISTICA SOPRACCIGLIO	
Cisti o corpi estranei, asportazione di	I
Elevazione del sopracciglio, intervento per	II
Plastica per innesto o per scorrimento	II
Sutura ferite	I
OCULISTICA TRATTAMENTI LASER	
Laserchirurgia della cornea a scopo terapeutico o ottico (escluse finalità estetiche)	II
Laserterapia degli annessi, della congiuntiva, dei neovascolari	I
Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze	I
Laserterapia delle vasculopatie e/o malformazioni retiniche (a seduta)	I
Laserterapia iridea	I
Laserterapia lesioni retiniche	I
Laserterapia nella retinopatia diabetica (per seduta)	I
Trattamenti laser per cataratta secondaria	I
OCULISTICA VIE LACRIMALI	
Chiusura del puntino lacrimale (compresa eventuale protesi)	I
Dicriocistorinostomia o intubazione	III
Fistola, asportazione	I
Flemmone, incisione di (come unico intervento)	I
Impianto tubi di silicone nelle stenosi delle vie lacrimali	I
Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del	II
Sacco lacrimale, incisione di (come unico intervento)	I
Stricturotomia (come unico intervento)	I
Vie lacrimali, ricostruzione	III
ORTOPEDIA - INTERVENTI CRUENTI	
Acromioplastica anteriore	IV
Agoaspirato osseo	I
Alluce valgo, correzione di	III
Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	V
Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)	IV
Amputazione medi segmenti (trattamento completo)	III
Amputazione piccoli segmenti (trattamento completo)	II
Artrodesi vertebrale per via anteriore e/o posteriore	VI
Artrodesi: grandi articolazioni	IV
Artrodesi: medie articolazioni	II
Artrodesi: piccole articolazioni	II
Artrodesi: grandi	III
Artrodesi: medie	II
Artrodesi: piccole	II
Artroplastiche con materiale biologico: grandi	V
Artroplastiche con materiale biologico: medie	III
Artroplastiche con materiale biologico: piccole	II
Artroprotesi polso	V
Artroprotesi spalla, parziale	VI
Artroprotesi spalla, totale	VI
Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)	VI
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)	VI
Artroprotesi: ginocchio	VI
Artroprotesi: gomito, tibiotarsica	VI
Artroscopia diagnostica (come unico intervento)	II
Ascesso freddo: drenaggio di	I
Biopsia articolare o ossea	I
Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali	III

Biopsia vertebrale a cielo aperto	II
Borsectomia	II
Calcaneo stop	III
Chemonucleosi per ernia discale	IV
Cisti meniscale, asportazione di	III
Condrectomia	I
Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	III
Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per	V
Costruzione di monconi cinematici	IV
Disarticolazione interscapolo toracica	VI
Disarticolazioni, grandi	VI
Disarticolazioni, medie	V
Disarticolazioni, piccole	III
Elsmie-Trillat, intervento di	III
Emipelvectomia	VI
Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto	VI
Epifisiodesi	IV
Ernia del disco dorsale o lombare	IV
Ernia del disco dorsale per via transtoracica	V
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	IV
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	V
Esostosi semplice, asportazione di	II
Frattura esposta, pulizia chirurgica di	II
Lateral release	I
Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	IV
Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di	IV
Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia)	IV
Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per	IV
Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	III
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili (trattamento completo)	IV
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozione di corpi mobili + condroabrasione (trattamento completo)	IV
Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)	III
Midollo osseo, espianto di	II
Neurinomi, trattamento chirurgico di	III
Nucleoaspirazione e/o nucleolisi lombare	IV
Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	IV
Osteosintesi vertebrale	VI
Osteosintesi: grandi segmenti	V
Osteosintesi: medi segmenti	IV
Osteosintesi: piccoli segmenti	III
Osteotomia semplice o complessa (bacino, vertebrale, etc.)	III
Perforazione alla Boeck	I
Prelievo di trapianto osseo con innesto	III
Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	V
Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	IV
Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	III
Puntato tibiale o iliaco	I
Radio distale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	V
Riempimenti di arto o suo segmento	VII
Resezione articolare	IV
Resezione delta sacro	V
Riallineamento metatarsale	IV

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE

Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone



Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale	VI
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni	IV
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di medie e piccole articolazioni	II
Rimozione mezzi di sintesi	III
Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione	IV
Scapulopessi	IV
Scoliosi, intervento per	VI
Sinoviectomia grandi e medie articolazioni (come unico intervento)	VI
Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)	II
Spalla, resezioni complete sec. Tikhor-Limberg	VI
Stenosi vertebrale lombare	V
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento	V
Tetto cotiloideo, ricostruzione di	V
Toilette chirurgica e piccole suture	I
Traslazione muscoli cuffia rotatori della spalla	IV
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	V
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	IV
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di	II
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di	VI
Uncoforaminotomia o vertebrotonomia (trattamento completo)	VI
Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche di	V
ORTOPEDIA-TENDINI, MUSCOLI, FASCE	
Biopsia muscolare	I
Deformità ad asola	IV
Dito a martello	II
Ganegli tendinei (cisti) e/o iatrogeni, asportazione di	II
Tenolisi (come unico intervento)	II
Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	III
Tenorrafia complessa	III
Tenorrafia semplice	II
Tenotomia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)	III
Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	IV
OTORINOLARINGOIATRIA : FARINGE-CAVO ORALE-OROFARINGE E GHIANDOLE SALIVARI	
Ascesso peritonsillare, retrofaringeo o laterofaringeo, incisione di	I
Leucoplachia, asportazione	I
Neoplasie parafaringee	V
Tonsillectomia	III
Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di	II
Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	IV
Ugolutomia	I
Velofaringoplastica	IV
OTORINOLARINGOIATRIA : NASO E SENI PARANASALI	
Adenoidectomia	II
Adenotonsillectomia	III
Cateterismo seno frontale	I
Cisti o piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di	I
Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	III
Ematoma, ascesso del setto, drenaggio di	I
Etmoide, svuotamento radicale bilaterale	IV

Etmoide, svuotamento radicale monolaterale	III
Fistole oro-antrali	I
Frattura delle ossa nasali, riduzione di	I
Ozena, cura chirurgica dell'	II
Polipi nasali o coanali, asportazione semplice di	I
Rinofima, intervento	II
Rinosettoplastica con innesti liberi di osso	V
Rino-settoplastica ricostruttive o funzionali (escluse finalità estetiche) compresa turbinotomia	III
Rino-settoplastica, revisione di	II
Seni paranasali, intervento per mucocele	IV
Seni paranasali, intervento radicale mono o bilaterale	V
Seno frontale, svuotamento per via nasale o esterna	II
Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale	III
Seno mascellare, svuotamento radicale monolaterale	II
Seno sfenoidale, apertura per via transnasale	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare conservativa con turbinotomie funzionali	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo o secondo grado monolaterale allargata	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di terzo grado monolaterale allargata	V
Sinechie nasali, recisione di	I
Speroni o creste del setto, asportazione di	I
Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	III
Tumori maligni del naso e dei seni paranasali, asportazione di	VI
Turbinati inferiori, svuotamento funzionale (come unico intervento)	I
Turbinati, cauterizzazione dei (come unico intervento)	I
Turbinotomia (come unico intervento)	II
Varici del setto, trattamento di	I
OTORINOLARINGOIATRIA : ORECCHIO	
Antra-atticotomia con labirintectomia	VI
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica	VI
Ascesso del condotto, incisione di	I
Ascesso extra durale, apertura per via transmastoidica	VI
Corpi estranei, asportazione per via chirurgica retroauricolare	I
Drenaggio transtimpanico	I
Ematoma del padiglione, incisione di	I
Fistole congenite, asportazione di	II
Mastoidectomia	IV
Mastoidectomia radicale	V
Miringoplastica per via endoaurale	III
Miringoplastica per via retroauricolare	IV
Miringotomia (come unico intervento)	I
Neoplasia del padiglione, exeresi di	II
Neoplasie del condotto, exeresi di	II
Nervo vestibolare, sezione del	VI
Neurinoma dell'ottavo paio, asportazione di	VI
Osteomi del condotto, asportazione di	II
Petrosectomia	VI
Petrositi suppurate, trattamento delle	V
Polipi o cisti del padiglione o retro auricolari, asportazione di	I
Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	V
Sacco endolinfatico, chirurgia del	V
Stapedectomia	V
Stapedotomia	V
Timpanoplastica con o senza mastoidectomia	V
Timpanoplastica secondo tempo di	III
Timpanoplastica esplorativa	II
Tumori dell'orecchio medio, asportazione di	V
OTORINOLARINGOIATRIA : LARINGE E IPOFARINGE	
Adduttori, intervento per paralisi degli	V

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

Ascesso dell'epiglottide, incisione	I
Biopsia in laringoscopia	I
Biopsia in microlaringoscopia	I
Cauterizzazione endolaringea	I
Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	III
Cordectomia (anche laser)	V
Corpi estranei, asportazione in laringoscopia	I
Diaframma laringeo, e scissione con ricostruzione plastica	IV
Laringectomia parziale	V
Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	VI
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale	VI
Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	V
Laringocele	IV
Laringofaringectomia totale	VI
Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia	II
Neoformazioni benigne asportate in microlaringoscopia	II
Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	II
Nervo laringeo superiore, alcolizzazione del	II
Papilloma laringeo	II
Pericondrite ed ascesso perifaringeo	II
UROLOGIA : ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA	
Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento)	II
Cistoscopia ed eventuale biopsia	II
Cromocitoscopia e cateterismo uretrale mono o bilaterale	I
Cromoscopia e valutazione funzionale	I
Ureteroscopia (omnicomprensiva)	I
Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico)	I
UROLOGIA : ENDOSCOPIA OPERATIVA	
Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	III
Collo vescicale o prostata, resezione endoscopica del	IV
Collo vescicale, resezione per sclerosi, recidiva	II
Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di	II
Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali (per seduta)	I
Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	IV
Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, ect.	IV
Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	III
Meatotomia ureterale (come unico intervento)	I
Meatotomia ureterale (come unico intervento)	I
Nefrostomia percutanea bilaterale	III
Nefrotomia percutanea monolaterale	II
Neoformazioni ureterali, resezione endoscopica di	III
Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	IV
Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVP)	IV
Reflusso vescico-ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	III
Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento)	II
Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento)	I
Ureterocele, intervento endoscopico per	III
Uretrotomia endoscopica	II
Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento)	II
Wall Stent per stenosi ureterali compresa nefrotomia	V
Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume)	II
UROLOGIA : PICCOLI INTERVENTI E DIAGNOSTICA UROLOGICA	
Cambio tubo cistostomico	I
Cambio tubo pielostomico	I
UROLOGIA : PROSTATA	
Agoaspirato/agobiopsia prostata	I

Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)	VI
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	IV
UROLOGIA : RENE	
Agobiopsia renale percutanea	I
Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)	III
Cisti renale per via percutanea, puntura di	I
Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti	I
Cisti renale, resezione	III
Eminefrectomia	V
Lititripsia extracorporea per calcolosi renale bilaterale (trattamento completo)	V
Lititripsia extracorporea per calcolosi renale monolaterale (trattamento completo)	IV
Lititripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
Lititripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
Lobotomia per ascessi pararenali	IV
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)	VI
Nefrectomia polare	V
Nefrectomia semplice	V
Nefropessi	IV
Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento)	IV
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	VI
Nefroureterectomia radicale più trattamento per trombo cavale (compresa surrenectomia)	VI
Pielocalcolitotomia (come unico intervento)	IV
Pielocentesi (come unico intervento)	I
Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di	V
Pieloureteroplastica per stenosi del giunto	V
Surrenectomia (trattamento completo)	VI
Trapianto del rene	VII
UROLOGIA : URETERE	
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
Transuretero-uretero-anastomosi	IV
Uretero-ileo-anastomosi mono o bilaterale	V
Ureterocistoneostomia bilaterale	V
Ureterocistoneostomia monolaterale	III
Ureterocutaneostomia bilaterale	V
Ureterocutaneostomia monolaterale	IV
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (mono o bilaterali), intervento di cutaneostomia	VI
Ureteroileocutaneostomia non continente	V
Uterolisi più omento plastica	III
Ureterolitotomia lombo-iliaca	IV
Ureterolitotomia pelvica	V
Ureterosigmoidostomia mono o bilaterale	V
Calcoli o corpi estranei uretrali, rimozione di	I
Caruncola uretrale	I
Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per	II
Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell'uretra	III
Fistole uretrali	V
Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	IV
Meatotomia e meato plastica	II
Polipi del meato, coagulazione di	I
Prolasso muscolo uretrale	II
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	IV

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE



Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone

Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	V
Rottura traumatica dell'uretra	IV
Uretrectomia totale	IV
Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	IV
Uretroplastiche (lembi liberi o pedunculati), trattamento completo	V
Uretrostomia perineale	III

UROLOGIA : VESCICA

Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	III
Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	V
Cistectomia parziale semplice	IV
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculetomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	VI
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculetomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	VI
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculetomia o utero annessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	VI
Cistolitotomia (come unico intervento)	II
Cistopessi	III
Cistorrafia per rottura traumatica	III
Cistomania sovra pubica	II
Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	V
Diverticulectomia	IV
Estrofia vescicale (trattamento completo)	VI
Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per	IV
Fistola sovra pubica, intervento per (come unico intervento)	III
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per	VI
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	V
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	V
Vescicoplastica antireflusso	V

UROLOGIA : APPARATO GENITALE MASCHILE

Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)	I
Biopsia testicolare mono o bilaterale	I
Cisti del testicolo o dell'epididimo, exeresi	II
Deferenti, legatura dei (per patologie croniche)	II
Deferenti, ricanalizzazione dei	IV
Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia	V
Epididimectomia	III
Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per	II
Fistole scrotali o inguinali	III
Frenulotomia e frenulo plastica	I
Funicolo, detorsione del	III
Idrocele, intervento per	II
Idrocele, puntura di	I
Indutario penis plastica, interventi per	IV
Corpi cavernosi (corporoplastiche, ect.) interventi sui	IV
Orchidopessi mono o bilaterale	III
Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale	V
Orchiectomia sotto capsulare bilaterale	III
Orchiepididimectomia bilaterale con eventuali protesi	IV
Orchiepididimectomia monolaterale con eventuali protesi	III
Parafimosi, intervento per	II
Pene, amputazione parziale del	III
Pene, amputazione totale con linfadenectomia	V
Pene amputazione totale del	IV
Posizionamento di protesi peniena	V
Priapismo (percutanea), intervento per	II
Priapismo (shunt), intervento per	III
Scroto, resezione dello	II

Traumi del testicolo, intervento di riparazione per	II
Tumori del testicolo con eventuale linfadenectomia, interventi per	V
Varicocele, intervento per (anche con tecnica microchirurgica)	III

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Informazioni ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale UE sulla protezione dei dati personali n. 679/2016

La Compagnia **Net Insurance S.p.A.** (più avanti, anche l'“Assicuratore”) con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 (più avanti, anche il “Regolamento”), ed in coerenza del principio di trasparenza e consapevolezza delle caratteristiche e modalità del trattamento dei dati, rende le presenti informazioni.

1) Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è la Compagnia **Net Insurance S.p.A.**, con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, alla quale l'interessato, anche per il tramite del contraente, ha fornito i propri dati personali.

2) Tipologia e fonte dei dati

I dati personali trattati da Net Insurance S.p.A., a seconda della tipologia di polizza da lei sottoscritta, sono i dati personali Suoi, dei Suoi familiari, degli assicurati e di terzi beneficiari (ove applicabile) o aventi titolo sui beni assicurati, da Lei forniti nel corso del rapporto con la Società (sia nella fase di valutazione del rischio, sia nella successiva fase liquidativa). Tali dati personali potranno includere, a titolo esemplificativo, dati identificativi, anagrafici e professionali, stato civile, informazioni finanziarie (inclusi i premi), dati bancari e dati relativi a documenti personali e qualsiasi altro beneficiario, nonché eventualmente dati giudiziari, quali dati idonei a rilevare provvedimenti giudiziari a Suo carico ovvero sanzioni dipendenti da reato o la sua qualità di indagato o imputato in processi penali.

Il mancato conferimento di tali dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/dei contratto/i di assicurazione.

Può accadere, inoltre, che nel corso della durata del/dei contratto/i che Lei intende sottoscrivere in data odierna ovvero di altri eventuali ulteriori contratti di assicurazione che dovesse sottoscrivere in seguito (di seguito anche “**il/i Contratto/i**”) al fine dell'esecuzione di specifiche operazioni, la Società venga in possesso di categorie particolari di dati (quali, ad esempio, dati idonei a rivelare lo stato di salute). Per il trattamento di tali dati la legge richiede il Suo consenso da manifestarsi in modo esplicito e per iscritto. Il mancato conferimento del consenso per le categorie particolari di dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/i Contratto/i.

3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

Net Insurance tratterà i Suoi dati personali, ivi ricomprese categorie particolari di dati e dati giudiziari per le seguenti principali finalità:

- finalità connesse all'emissione del/i Contratto/i, finalità connesse all'esecuzione degli obblighi derivanti dal Contratto assunti dalla Compagnia (ad esempio gestione amministrativa del rapporto, gestione dei sinistri, gestione dei premi e di eventuali richieste di indennizzo). La base giuridica di tali attività di trattamento si riviene nella necessità di dare esecuzione e gestire il Contratto di cui Lei è parte o le misure precontrattuali adottate su Sua richiesta; per le sole categorie particolari di dati la base giuridica si individua nel Suo consenso;
- finalità connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi (es. normativa Antiriciclaggio, prevenzione del terrorismo), da regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge e da Organismi di Vigilanza e Controllo. La base giuridica è individuata dalla necessità di adempiere ad un obbligo legale a cui la Compagnia è soggetta;
- finalità di prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali ovvero difendere in fase stragiudiziale e giudiziale i diritti della Compagnia. La base giuridica si individua nel perseguimento del legittimo interesse della Compagnia alla prevenzione dei fenomeni di frode in materia assicurativa e nella tutela dei diritti dello stesso derivanti dalla legge o dai contratti di cui è parte.

Il conferimento dei dati personali ed il trattamento degli stessi da parte della Compagnia per le finalità di cui ai punti precedenti è necessario ed in mancanza della Compagnia non potrà dar seguito alla conclusione del Contratto o all'esecuzione di attività connesse alla sua esecuzione, ivi inclusa la liquidazione dei sinistri.

Inoltre, la Compagnia tratterà i suoi dati personali ad esclusione di quelli di natura particolare e giudiziari:

- previo consenso specifico, anche per finalità di marketing e/o profilazione, realizzate sia con modalità automatizzata (es. email, sms, fax) sia con modalità non automatizzate (es. posta ordinaria, telefono con operatore) di contatto, quali a mero titolo esemplificativo, ricerche di mercato, indagini statistiche, anche intese a rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela, invio di comunicazioni personalizzate su prodotti e servizi della Compagnia, anche sulla base delle Sue abitudini e dei Suoi interessi. Il conferimento dei dati per tali finalità è del tutto facoltativo e la decisione di non concedere tali consensi non inficerà l'esecuzione del rapporto con la Compagnia, precludendole solo la possibilità di ricevere materiale commerciale e promozionale. La base giuridica di questi trattamenti si individua nel Suo consenso espresso.

4) Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli di natura particolare:

- a. è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate nel Regolamento;
- b. avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità suddette, e, comunque, in modo da garantire la sicurezza dei dati stessi;
- c. è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e/o da altri soggetti in qualità di responsabili e/o autorizzati al trattamento.

5) Destinatari dei dati

- a. I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 3 - ad altri soggetti della filiera assicurativa, quali coassicuratori, riassicuratori, società di archiviazione, società di gestione dei sinistri, fiduciari peritali e legali, enti di controllo (IVASS, CONSAP, UIF, Banca d'Italia), Autorità Giudiziaria ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati personali è obbligatoria per legge o per la finalità di conclusione / esecuzione del contratto assicurativo.
- b. Inoltre, i dati personali possono essere comunicati, esclusivamente per le finalità di cui al punto 3, a Compagnie del Gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate) ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.
- c. I dati personali potranno essere comunicati, ove necessario, a soggetti facenti parte della c.d. "catena assicurativa" e che operano in qualità di titolari autonomi del trattamento (in particolare canali di acquisizione di contratti di assicurazione e loro collaboratori, assicuratori, coassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati, medici, periti ed altri consulenti, strutture sanitarie, agenzie investigative, servi di spedizione etc.), banche e organismi associativi e consortili del settore assicurativo (ANIA e conseguentemente le imprese di assicurazioni ad essa associate), IVASS, UIF ed altre Autorità Pubbliche nonché persone, società, associazioni che svolgono servizi di assistenza e/o consulenza per Net (es. in materia contabile, amministrativa, finanziaria), società o soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere della Compagnia.

L'elenco dei soggetti a cui i dati potranno essere comunicati o che agiscono in qualità di Responsabili del trattamento è disponibile, su richiesta, all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero presso la sede della Compagnia.

I dati non sono generalmente trasferiti fuori dall'unione europea; tuttavia, ove per specifiche esigenze connesse alla sede dei servizi resi dai fornitori, fosse necessario trasferire i dati verso Paese situati fuori dallo Spazio economico Europeo, anche in Paesi che non offrono protezione adeguata, la Compagnia si impegna a garantire livelli di tutela e salvaguardia anche di carattere contrattuale adeguati secondo le norme applicabili, ivi inclusa la stipulazione di clausole contrattuali tipo (si potrà richiedere al DPO/Responsabile per la protezione dei dati personali – all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero con lettera raccomandata indirizzata alla Compagnia – copia degli

impegni assunti dai terzi nel contesto di tali clausole nonché l'elenco dei Paesi situati fuori dallo Spazio Economico Europeo dove sono trasferiti i dati).

6) Periodo di conservazione dei dati

L'Assicuratore, fatta salva la gestione di eventuale contenzioso e la vigente normativa fiscale e tributaria, è obbligato a conservare i dati personali:

- riguardo ai contratti assicurativi, per cinque anni dalla data in cui il contratto ha cessato di avere effetto e per cinque anni dalla data di eliminazione senza pagamento di indennizzo o del pagamento di tutti gli importi dovuti a titolo di risarcimento e di spese dirette (Art. 8 del Regolamento ISVAP n.27/2008);
- riguardo ad ogni altro documento / contratto, per dieci anni dalla data dell'ultima registrazione (art. 2220 del Codice Civile).

7) Diritti dell'Interessato

7.1) Il Regolamento conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti in relazione ai dati personali comunicati, che potranno essere esercitati nei limiti e in conformità a quanto previsto dalla normativa:

- Diritto di accesso ai suoi dati personali (art. 15);
- Diritto di rettifica (art. 16);
- Diritto di cancellazione (diritto all'oblio) (art. 17);
- Diritto di limitazione di trattamento (art. 18);
- Diritto alla portabilità dei dati (art. 20);
- Diritto di opposizione (art. 21);
- Diritto di contattare il Responsabile della protezione dei dati (DPO) per tutte le questioni relative al trattamento dei suoi dati personali e all'esercizio dei diritti derivanti dal Regolamento. Il DPO può essere contattato come indicato nel successivo punto;

7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

NET INSURANCE S.p.A.

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4

00161 Roma

ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it

ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

7.3) Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giudiziale, Lei ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità a cui è demandato il controllo del rispetto del regolamento; per l'Italia: il Garante per la protezione nelle seguenti modalità:

- a. raccomandata A/R indirizzata a Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia, 11 - 00187 Roma
- b. messaggio di posta elettronica certificata indirizzata a protocollo@pec.gpdp.it

Condizioni di Assicurazione – NET SALUTE

Contratto multigaranzia di durata annuale, dedicato alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone



CONTATTI UTILI

Sito www.netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: “Indennità giornaliera”, “Surgical Cash”, “Rimborso Spese Mediche”, “Accertamenti Diagnostici”, “Visite Specialistiche”, “Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi”, “Check-up”, “Dental”

- Per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia
- Per telefono: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle h. 8.30 alle h. 18.00 (da contattare anche per chiarimenti)
- Per e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it
- Via Internet o tramite app: <https://app.myassistance.eu>

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI

- Numero Verde 800 77 53 76 (Contact Center)
- Sito: www.netinsurance.it/wecare
- Fax + 39 06 97625707

PER INOLTARE UN RECLAMO

- Net Insurance S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 - 00161 ROMA
- Fax +39 06 89326570
- PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it