

Sanitas

INDICE	PAGINE
Definizioni e precisazioni	2
Condizioni generali di assicurazione	4
Rimborso spese per “grandi eventi”	8
Rimborso spese per “altri ricoveri”	10
Sinistri - Diritti e doveri delle parti	12
Allegato n° 1 – interventi di alta chirurgia.....	15
Allegato n° 2 – gravi malattie	20

Il presente fascicolo è redatto in base alle disposizioni dell’art.166 comma 2 del nuovo Codice delle Assicurazioni private (Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n.209), secondo il quale “le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del contraente e dell’assicurato sono riportate con caratteri di particolare evidenza.”

DEFINIZIONI E PRECISAZIONI

Nel testo si intende per:

Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Assistenza infermieristica	Assistenza prestata da personale in possesso di specifica abilitazione.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Day Hospital	Degenza diurna in struttura sanitaria autorizzata, erogante prestazioni chirurgiche o terapie mediche, documentate da cartella clinica.
Day Surgery	Piccoli interventi di chirurgia senza ricovero che richiedono una degenza per accertamenti, documentati da opportune certificazioni.
Degenza	Permanenza diurna in Day Hospital.
Diaria sostitutiva	Indennità giornaliera che viene corrisposta in caso di ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, con esclusione dei ricoveri in regime di Day Hospital.
Evento	Lo stato patologico che rende necessarie le prestazioni previste dalla garanzia assicurativa.
Franchigia - Scoperto	Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
Gravi Malattie	Le malattie indicate nell'allegato n. 2.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	Provvedimento terapeutico o diagnostico che viene attuato con manovre manuali o strumentali cruento.
Intervento chirurgico ambulatoriale	Intervento chirurgico eseguito senza ricovero.
Intervento di alta chirurgia	Gli interventi chirurgici elencati nell'allegato n. 1.
Istituto di cura	Istituto universitario, Ospedale, Casa di cura, Day Hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono conven-

	zionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche e fitoterapiche, nonché del benessere psicofisico della persona in senso lato, le case di cura per convalescenza o lungo degenza o per soggiorni, le strutture per anziani.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia terminale	Malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza che comporta per l'Assicurato la non autosufficienza, l'incapacità a mantenere una vita indipendente e/o a svolgere le comuni attività quotidiane.
Massimale	La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta la garanzia.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Questionario medico	Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante della polizza. Esso deve essere compilato e sottoscritto da ogni persona assicurata – in caso di minore da chi ne abbia la potestà – e trasmesso alla Società ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Ricovero	Permanenza in istituto di cura con pernottamento.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	VHV Italia Assicurazioni S.p.A. che presta l'assicurazione, come risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti.
Trattamenti specialistici fisiochinesiterapici	Terapie - prescritte dal medico curante - praticate in strutture ambulatoriali specialistiche regolarmente autorizzate alla fisiochinesiterapia o in strutture ambulatoriali di istituti di cura.
Termini di aspettativa - Carenze	Il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione dell'assicurazione e l'inizio della garanzia.
Visita specialistica:	Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 2 - Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 3 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - Rinuncia al diritto di rivalsa

In caso di rimborso delle spese per cure mediche conseguenti ad infortunio, la Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile.

Art. 6 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 7 - Oneri fiscali

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

Art. 8 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 9 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero. L'indennizzo viene comunque corrisposto in Italia, in euro

Art. 10 - Limiti di età - persone non assicurabili

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età durante il periodo di assicurazione, questa mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio. Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate. Di conseguenza l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. L'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società a richiesta del Contraente.

Art. 11 - Esclusioni

L'assicurazione non comprende il rimborso delle spese sostenute per:

- a) le conseguenze di infortuni, di malattie e di stati patologici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato in quanto oggetto di cure o esami, o diagnosi, o causa di disturbi, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- b) le cure e gli interventi resi necessari da malformazioni o da difetti fisici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- c) le malattie mentali, sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi psichiatrici in genere, forme maniaco depressive;
- d) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi), dietologiche, fitoterapiche e del benessere psicofisico della persona in senso lato; la cheratotomia radiale;
- e) le protesi dentarie, cure dentarie e paradontali non rese necessarie da infortunio, cure implantologiche, cure ortodontiche;
- f) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto agli artt. 15 e 18, lett. a); ed all'art.18, lett.i);
- g) l'aborto volontario non terapeutico;
- h) le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;

- i) stati patologici correlati alla infezione da HIV, S.A.R.S. (Sindrome respiratoria acuta grave) e sindromi correlate al Morbo di Creutzfeldt-Jacob;
- l) le malattie professionali come definite dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124;
- m) gli infortuni e le malattie conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall' uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- n) i ricoveri in case di riposo ancorché qualificate come istituti di cura;
- o) le conseguenze di:
 - infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare e competizioni motoristiche - non di regolarità pura - e alle relative prove;
 - delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (sono invece comprese le conseguenze di infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi);
 - partecipazione a spedizioni alpinistiche, geografiche e di ricerca fuori dei confini d'Europa; nonché a imprese o atti temerari, di ardimento, di sopravvivenza e simili;
 - pratica di sport estremi;
- p) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- q) guerre, insurrezioni, terrorismo, movimenti tellurici, maremoti, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.

Art. 12 - Termini di aspettativa - Carenze

La garanzia decorre dalle ore 24:

- a) del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni e per l'aborto post-traumatico;
- b) del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici, non conosciuti dall'Assicurato, insorti anteriormente alla stipulazione della polizza;
- c) del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie varicose - fermo quanto previsto dall'art. 11 lett. a) -, per il parto, per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
- d) del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre malattie.

In caso di ricovero o di altre prestazioni previste in polizza verificatesi durante la carenza non verrà corrisposto alcun indennizzo anche per prestazioni a loro connesse ed effettuate oltre il periodo di carenza stessa. Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di

continuità, di altra polizza, riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita per le prestazioni e le indennità da quest'ultima previste, ma unicamente per le garanzie assicurate anche nel nuovo contratto;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori indennità da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 13 - Adeguamento del premio

La presente polizza è soggetta ad "Adeguamento del premio" pertanto, alla scadenza di ciascun periodo assicurativo, il premio sarà aggiornato in base alle seguenti percentuali:

- **1,50% per massimali di 100.000,00 euro e di 150.000,00 euro;**
- **1,80% per massimali di 25.000,00 euro e di 50.000,00 euro**

Art. 14 - Indicizzazione

Le somme e i massimali assicurati e il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni del numero indice "Servizi Sanitari e spese per la salute" rilevati dall'ISTAT in conformità a quanto segue:

- a) come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, sarà adottato l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;
- b) alla scadenza di ogni rata annua, se si sarà verificata una variazione in più o in meno rispetto all'indice iniziale od a quello dell'ultimo adeguamento, le somme e i massimali assicurati e il premio verranno aumentati o ridotti in proporzione;
- c) l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua, dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Nel caso che in conseguenza di uno o più adeguamenti, l'indice venisse a superare del 100% quello inizialmente stabilito in polizza, sarà in facoltà delle Parti di rinunciare all'aggiornamento successivo della polizza stessa mediante lettera raccomandata da inviare almeno 90 giorni prima della scadenza annuale, restando somme e massimali assicurati e premio quelli dell'ultimo aggiornamento effettuato. Sono soggetti ad adeguamento anche le franchigie e i limiti di indennizzo non espressi in percentuale.

RIMBORSO SPESE PER "GRANDI EVENTI"

Art. 15 - Oggetto dell'assicurazione

Premesso che per "interventi di alta chirurgia" si intendono quelli elencati nell'allegato n° 1, per "gravi malattie" si intendono quelle elencate nell'allegato n° 2, in caso di ricovero ospedaliero e/o degenza tipo day hospital reso necessario da:

- infortunio o malattia che dia luogo ad un "intervento di alta chirurgia";
- una "grave malattia" anche senza intervento chirurgico,

la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda di polizza le spese sostenute per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, durante il ricovero ospedaliero e/o degenza;
- c) rette di degenza e/o ricovero ospedaliero;
- d) esami ed accertamenti diagnostici, visite specialistiche, effettuati nei 60 giorni precedenti l'inizio del ricovero ospedaliero e/o degenza;
- e) esami ed accertamenti diagnostici, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, escluse cure termali, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, nei 120 giorni successivi al ricovero ospedaliero e/o degenza e purché dette prestazioni siano ad esso inerenti;
- f) il trasporto con qualsiasi mezzo dell'Assicurato all'Istituto di cura e - purché richiesto con certificazione medica - da un Istituto di cura all'altro e/o per il ritorno a casa fino a **2.000,00 euro** per anno assicurativo;
- g) il vitto e il pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore per un periodo non superiore a 60 giorni e fino a 80,00 euro giornalieri sempreché il ricovero ospedaliero e/o degenza da malattia od infortunio dell'Assicurato sia indennizzabile a termini di polizza.

In regime di day hospital il rimborso sarà effettuato esclusivamente per le spese sostenute nei primi 30 giorni, per evento e per annualità assicurativa. Il limite di trenta giorni vale anche nel caso di più degenze nella medesima annualità assicurativa.

Qualora le spese previste dal presente articolo siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponde un'indennità per ogni giorno di ricovero pari allo 0,10% del massimale assicurato e con il massimo di 90 giorni per ogni anno assicurativo. Detta indennità viene corrisposta, con il massimo di venti giorni, anche in caso di Day Hospital, purché con degenza non inferiore a tre giorni e per la medesima patologia.

Art. 16 - Trapianto di organi La Società rimborsa le spese - indennizzabili a termini di polizza - sostenute per il trapianto di organi, sia quando l'Assicurato è donatore vivente sia quando è ricevente. Se l'Assicurato è ricevente sono anche comprese le spese per il prelievo e il trasporto di organi o parti di essi.

Art. 17 - Ricovero domiciliare per malattie terminali

In caso di malattia terminale, determinata da una delle "Gravi Malattie" elencate nell'allegato n° 2, la Società rimborsa, oltre alle spese previste all'art. 15), anche quelle sostenute dall'Assicurato nell'ultimo stadio della malattia per:

- l'assistenza domiciliare continuativa medica ed infermieristica fornita da idonee organizzazioni e strutture sanitarie all'uopo costituite e legalmente riconosciute, fino a **150,00 euro** giornalieri, per un massimo di 60 giorni per malattia;
- in alternativa, a scelta dell'Assicurato l'assistenza infermieristica a domicilio fino a **80,00 euro** giornalieri, per un massimo di 90 giorni per malattia.

RIMBORSO SPESE PER "ALTRI RICOVERI"

Garanzia accessoria valida in quanto sia stata espressamente indicata in polizza e sia stato corrisposto il relativo premio.

Art. 18 - Oggetto dell'assicurazione

In caso di ricovero ospedaliero e/o degenza tipo day hospital, con o senza intervento chirurgico ed in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, resi necessari da infortunio o malattia e non compresi nei "Grandi Eventi", la Società rimborsa, fino al massimale indicato nella scheda di polizza, le spese sostenute per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti diagnostici, durante il ricovero o l'intervento chirurgico;
- c) rette di degenza e ricovero;
- d) esami ed accertamenti diagnostici, visite specialistiche, effettuati nei 60 giorni precedenti l'inizio del ricovero o l'intervento chirurgico;
- e) esami ed accertamenti diagnostici, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura od ambulatorio, nei 120 giorni successivi alla fine del ricovero o all'intervento chirurgico e purché dette prestazioni siano ad esso inerenti;
- f) spese per cure termali - ad eccezione di quelle di natura alberghiera - praticate in conseguenza di un ricovero con intervento chirurgico nei 120 giorni ad esso successivi e con il limite di 1.500,00 euro per anno assicurativo;
- g) il trasporto con qualsiasi mezzo dell'Assicurato all'Istituto di cura e - purché richiesto con certificazione medica - da un Istituto di cura all'altro e/o per il ritorno a casa fino a 2.000,00 euro per anno assicurativo;
- h) il vitto e il pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore per un periodo non superiore a 60 giorni e fino a 80,00 euro giornalieri sempreché il ricovero da malattia od infortunio dell'Assicurato sia indennizzabile a termini di polizza;
- i) il rimborso delle spese per l'acquisto e/o noleggio di apparecchi ortopedici (stampelle, tutori, carrozzine) fino a 1.500,00 euro, anche a seguito di ricovero in regime di day hospital.

In regime di day hospital il rimborso sarà effettuato esclusivamente per le spese sostenute nei primi 30 giorni, per evento e per annualità assicurativa. Il limite di trenta giorni vale anche nel caso di più degenze nella medesima annualità assicurativa.

La Società, inoltre, rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per il parto e l'aborto (escluso l'aborto volontario non terapeutico).

Nei casi di parto fisiologico, pilotato o con applicazione di forcipe, episiotomia, sutura di lacerazioni, nonché per l'aborto terapeutico tali spese sono rimborsate nel limite di **2.500,00 euro** e con esclusione delle spese sanitarie precedenti e successive al ricovero previste alle lettere d) ed e) del presente articolo.

Qualora le spese previste dal presente articolo siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponde un'indennità per ogni giorno di ricovero pari allo **0,10 per cento** del massimale assicurato e con il massimo di 90 giorni per ogni anno assicurativo. Detta indennità viene corrisposta, con il massimo di venti giorni, anche in caso di Day Hospital, purché con degenza non inferiore a tre giorni e per la medesima patologia.

Art. 19 - Cure al neonato

Qualora successivamente ad un parto indennizzabile ai sensi di polizza si rendano necessarie cure per il neonato conseguenti a malattie anche congenite o infortuni, la Società si obbliga, nell'ambito del massimale della garanzia prevista per la madre, a rimborsare le spese sanitarie per dette cure sempreché le stesse vengano effettuate nei primi 90 giorni di vita e comunque nell'ambito dell'operatività e della durata del contratto. La garanzia vale esclusivamente per le spese sostenute durante il ricovero.

SINISTRI - DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 20 - Modalità per la denuncia **del sinistro e obblighi dell'assicurato - Accertamento, liquidazione e pagamento**

L'Assicurato deve denunciare la malattia **entro tre giorni** da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata e comunque **non oltre un anno** dalla cessazione dell'assicurazione.

La denuncia del sinistro deve contenere la certificazione medica sulla natura della diagnosi.

Si specifica che le spese relative ai **certificati medici** e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'assicurato. **L'assicurato o, in caso di morte, i suoi eredi o aventi causa devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.**

L'assicurato deve sciogliere dal segreto professionale, nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, **i medici che lo hanno visitato e curato. In caso di morte dell'assicurato, gli eredi o gli aventi causa devono presentare:**

- **documentazione medica**, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero, ed ogni altra documentazione necessaria;
- **certificato di morte;**
- **certificato di stato di famiglia** relativo all'assicurato;
- **atto notorio** da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- **qualora vi siano dei minorenni o dei soggetti incapaci di agire, decreto del giudice tutelare** che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace; eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art.1915 del codice civile.

Accertamento, liquidazione e pagamento

La percentuale di invalidità permanente verrà accertata in un periodo compreso **tra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia**.

La Società, ricevuta la necessaria documentazione indicata al presente articolo, si impegna a fornire, **entro 90 giorni dai risultati degli accertamenti medico-legali**, l'esito della valutazione del sinistro all'assicurato o, in caso di morte, agli eredi o agli aventi causa, e, riconosciuta l'indennizzabilità del sinistro e determinato l'indennizzo dovuto, a provvedere al pagamento dell'importo offerto **entro 30 giorni dall'accettazione** dello stesso.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro avverrà applicando il cambio contro Euro. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere strettamente personale, tuttavia, **nel caso in cui l'assicurato muoia prima che tale indennizzo sia stato pagato**, la Società liquida agli eredi o agli aventi causa:

- l'importo già concordato, o in mancanza,
- l'importo offerto, o in mancanza,
- l'importo offribile, se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti in polizza, a condizione che **gli eredi o aventi causa dimostrino la stabilizzazione dei postumi invalidanti** mediante produzione del certificato di guarigione o di idonea documentazione attestante tale stabilizzazione.

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro e su formale richiesta della Società, **gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'assicurato**, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno.

Art. 21 - Documentazione medica e documentazione delle spese

L'Assicurato deve sottoporsi anche in fase di ricovero, agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. La documentazione delle spese è acquisita dalla Società; tuttavia la Società restituisce la predetta documentazione previa iscrizione sulla stessa dell'importo liquidato e della data di liquidazione. Qualora l'Assicurato abbia presentato al S.S.N. o ad altro Ente l'originale delle notule, distinte, fatture e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza **dietro presentazione di copia delle notule, distinte, fatture e ricevute**, al netto di quanto a carico del S.S.N. o degli altri Enti.

Art. 22 - Controversie

In caso di controversie sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi, le Parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se e in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 23 - Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, 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 del Codice Civile.

ALLEGATO N°1 - INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA

CRANIO E SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Craniotomia per lesioni traumatiche intercerebrali
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Cranioplastiche
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Interventi per derivazione liquorale diretta od indiretta
- Operazioni per encefalo meningocele
- Lobotomia, talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Emisferectomia
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale
- Vagotomia per via toracica

FACCIA E BOCCA

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

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.

ESOFAGO

- Interventi per diverticolo all'esofago
- Resezione dell'esofago cervicale

-
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo
 - Collocazione di protesi endoesofagea per via toracolaparatomica
 - Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico
 - Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
 - Operazione sull'esofago per stenosi benigne, per tumori
- TORACE
- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare
 - Intervento sul mediastino per tumori
 - Resezioni segmentarie e lobectomia
 - Pneumectomia
 - Decorticazione polmonare
 - Pleuro pneumectomia
 - Toracectomia
 - Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
 - Resezione bronchiale con reimpianto
 - Interventi per fistole bronchiali cutanee
 - Asportazione del timo
 - Toracoplastica totale
- CHIRURGIA CARDIACA
- Pericardiectomia
 - Sutura del cuore per ferite
 - Interventi per corpi estranei del cuore

 - Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici
 - Commissurotomia
 - Operazione per embolia dell'arteria polmonare
 - Valvuloplastica della mitrale o dell'aorta
 - Sostituzione valvolare con protesi
 - Infartectomia in fase acuta
 - Resezione aneurisma del ventricolo sinistro
 - By-pass aorto-coronarico con vena
 - By-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro
 - Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg, singolo e doppio
 - Impianto di pace-maker epicardico per via toracotomica o frenico-pericardica
 - Asportazione dei tumori endocavitari del cuore
- STOMACO E DUODENO
- Resezione gastrica
 - Gastrectomia totale
 - Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post anastomotica
 - Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
 - Cardiomiectomia extramucosa

PERITONEO ED INTESTINO	<ul style="list-style-type: none"> - Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali - Idem con lesioni dell'intestino - resezione intestinale - Occlusione intestinale di varia natura - resezione intestinale - Resezione del tenue - Resezione ileo-cecale - Colectomia segmentaria - Colectomia totale
RETTO	<ul style="list-style-type: none"> - Amputazione del retto per via sacrale - Amputazione del retto per via addomino-perineale
FEGATO E VIE BILIARI	<ul style="list-style-type: none"> - Epatotomia semplice per cisti da echinococco - Resezione epatica - Epatico e coledocotomia - Papillotomia per via trans-duodenale - Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrotomia, colecisto e enterostomia)
PANCREAS E MILZA	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi di necrosi acuta del pancreas - Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas: enucleazioni delle cisti; marsupializzazione - Interventi per fistole pancreatiche - Interventi demolitivi del pancreas: totale o della testa della coda - Splenectomia - Anastomosi porta-cava e spleno-renale - Anastomosi mesenterica-cava
VASI	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache - Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima - Disostruzione by-pass aorta addominale - Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca - Resezione arteriosa con plastica vasale - Operazione sull'aorta toracica o sull'aorta addominale
PEDIATRIA	<ul style="list-style-type: none"> - Idrocefalo ipersecretivo - Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia) - Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma) - Atresia dell'esofago - Fistola dell'esofago - Atresia dell'ano semplice - abbassamento ad domino perineale

-
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare - abbassamento addomino perineale
 - Eteratoma sacrococcigeo
 - Megauretere: resezione con reimpianto, resezione con sostituzione di ansa intestinale
 - Nefrectomia per tumore di Wilms
 - Megacolon - operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
 - Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Artroprotesi di anca
- Endoprotesi di femore
- Artroprotesi di ginocchio
- Artroprotesi di gomito
- Protesi di Thompson
- Artroprotesi vertebrali anteriori e/o posteriori

UROLOGIA

- Intervento per fistola vescico rettale
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia
- Ileocisto plastica - colocisto plastica
- Cistectomia totale
- Intervento per fistola vescico-intestinale
- Intervento per estrofia della vescica

APPARATO GENITALE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
- Cura chirurgica di fistola ureterale
- Cura chirurgica di fistola retto-vaginale
- Metroplastica
- Pannistrectomia radicale per via addominale
- Pannistrectomia radicale per via vaginale
- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomy totale

OCULISTICA

- Trapianto corneale a tutto spessore
- Iridocicloretazione
- Trabeculectomia

-
- OTORINOLARINGOIATRIA
- Chirurgia della sordità otosclerotica
 - Timpanoplastica
 - Chirurgia endoauricolare della vertigine
 - Chirurgia translabyrinthica della vertigine
 - Decompressione del nervo facciale
 - Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia
 - Resezione del nervo petroso superficiale

- LARINGE
- Laringectomia orizzontale sopraglottica
 - Laringectomia parziale verticale
 - Laringectomia totale
 - Faringolaringectomia
 - Faringolaringectomia

SI CONSIDERANO "INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA" ANCHE:

- il trapianto ed espianto di organi;
- gli interventi che per complessità siano assimilabili e riconducibili agli interventi previsti nell'elenco precedente;
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione).

ALLEGATO N°2 - GRAVI MALATTIE

INFARTO DEL MIOCARDIO (attacco cardiaco)

Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:

- a) ripetuti dolori al torace;
- b) cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto;
- c) aumento degli enzimi cardiaci.

CORONAROPATIA (che necessita di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche)

Malattia che determina intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di Angina Pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o da angiografia digitalizzata.

ICTUS CEREBRALE (colpo apoplettico)

Accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicano morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da: evidenza di deficienza neurologica permanente, T.A.C. o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).

CANCRO

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.) ed il cancro della pelle che non sia melanoma maligno. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.

PARALISI

Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia o gambe) in seguito a paralisi. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da evidente deficienza neurologica permanente.



VHV ITALIA ASSICURAZIONI SPA

Direzione e coordinamento di VHV Allgemeine Versicherung AG – Sede legale in Via Ippolito Caffi, 63 – 32100 Belluno – Italia
Tel. +39 0437 938611 – vhv@pec.it – www.vhv.it

Cap. Soc. 7.000.000 i.v. - Piva / CF / Registro imprese di Belluno n° 00075940254 – Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni danni con D.M. n° 4617 del 10.10.1962 (G.U. n° 51 del 22.2.1963) – Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione al n°1.00000