

RIEPILOGO GARANZIE ACQUISTATE

(per ciascuna garanzia sono indicati i clienti assicurati)

RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI	
GARANZIA BASE	

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	
GARANZIA BASE	

VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DI ALTA DIAGNOSTICA E TRATTAMENTI TERAPEUTICI AMBULATORIALI	
GARANZIA AGGIUNTIVA	

DIARIA DA RICOVERO	
GARANZIA BASE	

PROTEZIONE LEGALE DEL PAZIENTE	
GARANZIA BASE	

ASSISTENZA	
ASSISTENZA BASE	
SECONDO PARERE MEDICO	
SERVIZI DI TELEMEDICINA	



Soccorso ospedaliero urgente e non differibile.

Franchigia

La parte di danno espressa in misura fissa che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato. Per la garanzia aggiuntiva visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali, la franchigia è relativa all'insieme di tutte le visite specialistiche, gli esami di alta diagnostica e i trattamenti terapeutici sostenuti dall'assicurato nell'arco dell'annualità assicurativa.

Indennità/Indennizzo

La somma che Cattolica è tenuta a corrispondere all'assicurato in caso di sinistro.

Infortunio

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

Istituto di cura

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza, per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

Istituti di cura convenzionati

Gli ospedali, le cliniche e le case di cura convenzionate con la centrale operativa, presso i quali l'assicurato può usufruire del servizio di pagamento diretto.

La verifica delle cliniche convenzionate deve essere effettuata dall'assicurato, contattando telefonicamente e preventivamente la centrale operativa.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale / Sottomassimale

La somma massima, stabilita nel contratto, che Cattolica è tenuta a corrispondere all'assicurato in caso di uno o più sinistri avvenuti nello stesso anno assicurativo.

Medic4All

La società di servizi che tramite la propria centrale di telemedicina eroga servizi di supporto medico a distanza utilizzando tecnologie biomedicali e di telecomunicazioni. Commercializza diversi sistemi di monitoraggio audio video e biodati archiviando i diversi parametri in cartelle mediche e in particolare nella cartella medica personale multilingue.

Parti

L'assicurato e Cattolica.

Polizza

Il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio

La prestazione in denaro dovuta dal contraente a Cattolica.

Prestazioni

Per la garanzia assistenza: i servizi prestati dalla centrale operativa all'assicurato.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Persone assicurate

Gli assicurati possono avere fino a 70 anni di età.

Qualora l'assicurato si avvalga della facoltà di sottoscrivere un nuovo contratto, senza possibilità di disdetta da parte di Cattolica, prevista dall'art. 8 "Rinnovo per gli assicurati in copertura da almeno 10 anni", il limite di età è elevato a 75 anni.

Nel caso in cui l'assicurato compia nel corso dell'annualità assicurativa 70 anni, o 75 se previsto, il contratto conserverà efficacia fino alla scadenza annuale successiva.

Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più assicurati, poiché il superamento del limite d'età anche di un solo assicurato comporta l'annullamento dell'intero contratto, Cattolica si impegna, per gli assicurati che non hanno superato il limite di età, a contrarre una nuova polizza, alle medesime condizioni della polizza annullata.

Resta ferma la possibilità di contrarre la nuova polizza secondo quanto previsto dall'art. 8 "Rinnovo per gli assicurati in copertura da almeno 10 anni", qualora gli assicurati abbiano maturato i requisiti indicati nell'articolo.

Non sono assicurabili i soggetti affetti da:

- dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci non conseguenti a terapie mediche);
- infezioni da HIV;
- sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

L'assicurato è obbligato a comunicare tale sopravvenienza a Cattolica ai sensi dell'articolo 1898 del codice civile.

La sopravvenienza di tali dipendenze e/o affezioni nel corso della copertura assicurativa è causa di risoluzione dell'intero contratto, che cesserà dalla prima scadenza annuale successiva. L'eventuale ed erroneo incasso dei premi successivi, non costituisce manifestazione di volontà di Cattolica di continuare il contratto e i relativi premi verranno rimborsati.

Cattolica comunque riconoscerà all'assicurato un importo una tantum di euro 5.000,00 per consentire all'assicurato di poter effettuare le cure richieste dalla patologia.

Art. 2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del contraente o 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 ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

Art. 3 - Estensione territoriale

L'assicurazione ha efficacia:

- in Italia;
- all'estero, come di seguito indicato.

A. Ricorso alle cliniche estere per interventi programmati

Per gli interventi "programmati", intendendosi per tali i viaggi all'estero allo scopo di effettuare delle cure presso le strutture estere, Cattolica offre la copertura **purché gli istituti di cura siano convenzionati con Cattolica e previo accordo con la centrale operativa.**

La copertura non è quindi operante se la clinica non è convenzionata o, seppur convenzionata, se l'assicurato non ha preventivamente contattato la centrale operativa.

Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, i costi relativi all'equipe medica non verranno rimborsati.

Nel caso in cui l'assicurato abbia richiesto l'autorizzazione ad essere ricoverato all'estero all'Usl

- per il contraente almeno 30 giorni prima della scadenza di ciascuna annualità assicurativa;
- per Cattolica almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto indicata nella scheda di polizza. Se il contratto è stato emesso come previsto all'art. 8 "Rinnovo per gli assicurati in copertura da almeno 10 anni", Cattolica rinuncia a tale facoltà di disdetta.

Cattolica, peraltro, al momento del rinnovo potrà modificare le condizioni di assicurazione e/o il premio di polizza ma in tal caso dovrà darne comunicazione al contraente almeno 30 giorni prima della scadenza annuale del contratto.

Se il contraente non comunicherà a Cattolica di accettare espressamente le nuove condizioni di assicurazione e/o il nuovo premio entro la scadenza contrattuale, il contratto si intenderà risolto alla sua scadenza.

Se il cliente accetta le nuove condizioni, dovrà pagare il nuovo premio entro 30 giorni dalla scadenza contrattuale, e il pagamento costituisce in ogni caso dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni di assicurazione e/o del nuovo premio di polizza. Qualora detto pagamento fosse eseguito dopo 15 giorni dalla scadenza contrattuale la garanzia resterà sospesa dalle ore 24 del 15° giorno fino alle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio.

Art. 8 - Rinnovo per gli assicurati in copertura da almeno 10 anni

Al termine della scadenza contrattuale se l'assicurato:

- ha in corso da almeno 10 anni la copertura assicurativa con il prodotto PiùSalute,
- oppure ha in corso la copertura da almeno 5 anni con PiùSalute, che sostituisce un precedente prodotto Cattolica denominato "Salute più Card" o "Primaria", e la durata complessiva della copertura prestata da Cattolica dalla data di stipulazione del primo contratto è di almeno 10 anni,

Cattolica si obbliga, a richiesta del contraente, a contrarre una nuova polizza e a rinunciare alla facoltà di disdetta prevista dall'art. 7 "Proroga del contratto", fino alla scadenza dell'annualità immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età.

Le condizioni di rinnovo sono le seguenti:

- non potrà essere prestata la garanzia di "Ricoveri e Interventi Chirurgici". Se la copertura in corso prevede questa garanzia, sarà prestata in sostituzione la garanzia "Grandi Interventi Chirurgici";
- se la copertura è in corso con la sola garanzia di "Diaria da Ricovero", con eventualmente in aggiunta le sole garanzie di "Protezione Legale" e "Assistenza", la nuova polizza non potrà prevedere la garanzia "Grandi Interventi Chirurgici";
- se la nuova polizza prevede la garanzia "Visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali", questa opererà solo per l'alta diagnostica e i trattamenti terapeutici ambulatoriali ma con un massimale duplicato rispetto a quello della precedente polizza;
- le condizioni di premio e normative saranno quelle vigenti per il prodotto PiùSalute al momento della nuova sottoscrizione o dell'analogo prodotto commercializzato in sostituzione;
- verranno mantenute le eventuali limitazioni già in corso sul contratto precedente, ma non potranno essere fatte ulteriori esclusioni derivanti dalle modifiche delle condizioni sanitarie dell'assicurato.

Il contraente dovrà sottoscrivere la nuova polizza o richiedere per iscritto di avvalersi di tale facoltà entro 30 giorni dalla scadenza della polizza.

Nel caso il contraente non si avvalga di tale facoltà il contratto prosegue alle condizioni in corso, con facoltà di Cattolica di disdire il contratto alle condizioni previste dall'art. 7 "Proroga del contratto".

Art. 9 - Modifiche della centrale operativa e dei fornitori delle prestazioni di assistenza e protezione legale del paziente

I cambiamenti delle società che forniscono i servizi di convenzionamento, assistenza e protezione legale non influiscono sulla validità ed efficacia della presente polizza.

Art. 10 - Recesso in caso di sinistro

In caso di sinistro, il contraente ha la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto di pagamento dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato a Cattolica con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In caso di recesso Cattolica rimborsa al contraente, entro 15 giorni dalla data di annullazione del contratto, la parte di premio imponibile versata (esclusi i diritti) e non goduta.

Art. 11 - Rinuncia all'azione di rivalsa

Per le prestazioni conseguenti a malattia e/o infortunio, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, Cattolica rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'articolo 1916 del codice civile.

Art. 12 - Oneri fiscali

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al premio, al contratto e agli atti da esso dipendenti, restano a carico del contraente.

Art. 13 - Foro competente

Per ogni controversia derivante dall'applicazione del presente contratto è competente il foro ove il contraente e/o assicurato hanno la sede o la residenza o il domicilio elettivo.

Art. 14 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è regolato nel contratto si applicano le vigenti disposizioni della Legge italiana.



RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI

(*garanzia valida per*

.....
)

Garanzia base

Art. 15 - Oggetto della garanzia

Cattolica provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie di seguito indicate, sostenute in istituti di cura non convenzionati, salvo i limiti previsti dall'art. 3 "Estensione territoriale" per quanto riguarda l'estero;
- al pagamento diretto in caso di ricorso alla cliniche convenzionate e previo accordo con la centrale operativa, salvo quanto previsto dall'art. 3 "Estensione territoriale" per quanto riguarda l'estero;

in seguito a ricovero, con o senza intervento chirurgico, o intervento chirurgico ambulatoriale anche ambulatoriale, per:

- malattia,
- infortunio,
- parto,

fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda di polizza con i limiti di seguito indicati e con l'applicazione della franchigia indicata nella scheda di polizza.

Le spese sanitarie in copertura sono:

- rette di degenza, **escluse le spese non direttamente connesse alla cura o all'intervento (quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristoranti e simili),**
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente dell'equipe operatoria,
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento,
- apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento,
- assistenza medica e infermieristica,
- cure, trattamenti fisioterapici rieducativi,
- medicinali ed esami,

sostenute presso l'istituto di cura durante il ricovero.

Si precisa che sono in copertura:

- **fino a un massimo di euro 8.000,00 il parto cesareo**
- **fino a un massimo di euro 6.000,00 i ricoveri, con o senza intervento chirurgico, e intervento chirurgico ambulatoriale, relativi a:**
 - **parto naturale**
 - **interventi su tonsille e adenoidi**
 - **appendiciti**
 - **emorroidi**
 - **varici**
 - **ernie**
 - **cataratta**

Art. 16 - Estensioni di garanzia (automaticamente operanti)

Diaria sostitutiva

Se l'assicurato non sostiene alcuna spesa sanitaria a seguito di intervento chirurgico e ricovero, Cattolica provvede al pagamento di una diaria pari a euro 150,00 per ogni giorno di ricovero.

Questa diaria viene corrisposta al massimo per **100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**

Spese per cure psicoterapiche

Cattolica offre la copertura delle spese per le cure psicoterapiche rese necessarie a seguito di un grande intervento chirurgico (vedi elenco "Grandi interventi chirurgici"). Sono comprese le spese sostenute presso uno psicologo o uno psichiatra **effettuate 60 giorni prima e 300 giorni dopo il grande intervento chirurgico e fino a un massimo di euro 2.000,00 per patologia o infortunio che ha reso necessario l'intervento.**

Per questa estensione di garanzia non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Diaria per ricovero contemporaneo dei coniugi

In caso di ricovero contemporaneo con almeno un pernottamento, anche per eventi diversi, dei coniugi o conviventi entrambi assicurati:

- con figli minori, o
- con figli portatori di handicap, o
- con familiari anziani che richiedono cure e assistenza giornaliera da parte di uno dei coniugi

Cattolica provvede al pagamento di una diaria pari a euro 100,00 a coppia per ogni giorno di ricovero al massimo per **100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**

Per tale estensione di garanzia non è operativo l'eventuale scoperto previsto per il ricovero all'estero di cui al punto B) dell'art. 3 "Estensione territoriale" e non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Bimbo in arrivo

Per tutte le donne assicurate, in caso di gravidanze che hanno avuto inizio dopo la conclusione del contratto, Cattolica estende la garanzia anche agli interventi chirurgici sul figlio in arrivo.

Per questa estensione di garanzia opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Neonato

Per tutte le donne assicurate, in caso di gravidanze che hanno avuto inizio dopo la conclusione del contratto, Cattolica estende la garanzia anche al figlio neonato. Sono in copertura tutti gli interventi chirurgici e i ricoveri effettuati **nei suoi primi due anni di vita e fino a un massimo di euro 25.000,00 per anno.**

Per questa estensione di garanzia opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Sostegno alle vittime di violenze fisiche

Cattolica offre la copertura delle spese per le cure psicoterapiche sostenute dall'assicurato che ha subito violenze da terzi. Tali violenze devono aver comportato:

- un ricovero con o senza intervento chirurgico, anche ambulatoriale. In caso di violenza sessuale è sufficiente il day hospital o il referto medico del pronto soccorso.
- la denuncia alle autorità competenti.

Sono comprese le spese sostenute **fino a un massimo di euro 3.500,00 per anno assicurativo ed entro 180 giorni dalla denuncia del sinistro.**

Per questa estensione di garanzia non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

(garanzia valida per

.....
)

Garanzia base

Art. 17 - Oggetto della garanzia

Cattolica provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie di seguito indicate, sostenute in istituti di cura non convenzionati, salvo i limiti previsti dall'art. 3 "Estensione territoriale", per quanto riguarda l'estero;
- al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate e previo accordo con la centrale operativa, salvo quanto previsto dall'art. 3 "Estensione territoriale" per quanto riguarda l'estero,

in seguito a grande intervento chirurgico, intendendosi come tali gli interventi di cui all'elenco allegato per:

- malattia,
- infortunio,

fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda di polizza con i limiti di seguito indicati e con l'applicazione della franchigia indicata nella scheda di polizza.

Le spese sanitarie in copertura sono:

- rette di degenza, **escluse le spese non direttamente connesse alla cura o all'intervento (quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristoranti e simili),**
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente dell'equipe operatoria,
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento,
- apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento,
- assistenza medica ed infermieristica,
- cure, trattamenti fisioterapici rieducativi,
- medicinali ed esami,

sostenute presso l'istituto di cura durante il ricovero.

Art. 18 - Estensioni di garanzia (automaticamente operanti)

Diaria sostitutiva

Se l'assicurato non sostiene alcuna spesa sanitaria in seguito di grande intervento chirurgico, Cattolica provvede al pagamento di una diaria pari a euro 150,00 per ogni giorno di ricovero.

Questa diaria viene corrisposta al massimo per **100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**

Nel conteggio dei giorni sono compresi eventuali permessi medici.

Per tale estensione di garanzia non è operativo l'eventuale scoperto previsto per il ricovero all'estero di cui al punto B) dell'art. 3 "Estensione territoriale" e non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese precedenti al grande intervento chirurgico

Cattolica offre la copertura delle spese sostenute per accertamenti diagnostici e onorari dei



tampata in data

MOD. PS 2 - ED. 02/2008

002000067003000000000940000000000000C

13 / 43

COPIA PER IL CONTRAENTE

medici sostenuti nei 60 giorni precedenti al grande intervento chirurgico purché direttamente connesse con la patologia o l'infortunio che ha determinato il grande intervento chirurgico. Per questa estensione di garanzia non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese successive al grande intervento chirurgico

Cattolica offre la copertura delle spese per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 180 giorni successivi al grande intervento chirurgico, purché direttamente connesse con la patologia o l'infortunio che ha determinato il grande intervento chirurgico.

In caso di spese sostenute all'estero, fermo quanto previsto dall'art. 3 "Estensione territoriale", viene fissato un ulteriore limite massimo di risarcimento di euro 4.000,00 per il totale delle spese sostenute per questa estensione di garanzia.

Per questa estensione di garanzia non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese per apparecchi e ausili

Cattolica offre la copertura delle spese sostenute a seguito di un grande intervento chirurgico per:

- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- l'acquisto, la manutenzione, la riparazione e il noleggio di carrozzelle ortopediche e di mezzi ausiliari a sostegno di handicap;
- l'acquisto di apparecchi terapeutici.

Sono comprese le spese sostenute fino a un massimo di euro 3.000,00 per anno assicurativo, sempreché risultino previste nella lettera o documentazione di dimissione.

La garanzia non è operante per le spese sostenute successivamente alla cessazione della copertura assicurativa.

Per questa estensione di garanzia non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese per il trapianto d'organi

Cattolica offre la copertura delle spese sanitarie rese necessarie dal trapianto d'organi sull'assicurato.

Sono comprese anche le spese per l'espianto degli organi dal donatore vivente.

Per questa estensione di garanzia opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese per l'accompagnatore

Cattolica offre la copertura delle spese per il vitto e il pernottamento di chi accompagna l'assicurato ricoverato presso un istituto di cura per un grande intervento chirurgico. L'istituto di cura deve essere situato ad oltre 50 km dalla residenza dell'accompagnatore. Tale limite di chilometraggio non sarà operativo se il ricovero riguarda uno dei grandi interventi chirurgici indicati nell'elenco di cui all'allegato.

Sono comprese le spese sostenute per il massimo di **100 giorni per sinistro e per anno assicurativo, e con il limite di euro 100,00 giornaliero.**

Per tale estensione di garanzia non è operativo l'eventuale scoperto previsto per il ricovero all'estero di cui al punto B) dell'art. 3 "Estensione territoriale" e non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Spese per cure psicoterapiche

Cattolica offre la copertura delle spese per le cure psicoterapiche rese necessarie a seguito di un grande intervento chirurgico (vedi elenco "Grandi interventi chirurgici"). Sono comprese le spese sostenute presso uno psicologo o uno psichiatra effettuate **60 giorni prima e 300 giorni dopo il grande intervento chirurgico e fino a un massimo di euro 2.000,00 per patologia o infortunio che ha reso necessario l'intervento.**

Per questa estensione di garanzia non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.

Diaria per ricovero contemporaneo dei due coniugi

In caso di ricovero contemporaneo, anche per eventi diversi comunque in copertura, a seguito di un grande intervento chirurgico, dei coniugi o conviventi entrambi assicurati:

- con figli minori, o
- con figli portatori di handicap, o
- con familiari anziani che richiedono cure ed assistenza giornaliera da parte di uno dei due coniugi.

Cattolica provvede al pagamento di una diaria pari a euro 100,00 a coppia per ogni giorno di ricovero al massimo per **100 giorni per sinistro e per anno assicurativo**.

Per tale estensione di garanzia non è operativo l'eventuale scoperto previsto per il ricovero all'estero di cui al punto B) dell'art. 3 "Estensione territoriale" e non opera la franchigia indicata nella scheda di polizza.



VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DI ALTA DIAGNOSTICA E TRATTAMENTI TERAPEUTICI AMBULATORIALI

(garanzia valida per

.....
.....)

Garanzia aggiuntiva

Art. 19 - Oggetto della garanzia

Cattolica provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura non convenzionati, salvo i limiti previsti dall'art. 3 "Estensione territoriale" per quanto riguarda l'estero;
- al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate e previo accordo con la centrale operativa, salvo quanto previsto dall'art. 3 "Estensione territoriale" per quanto riguarda l'estero;

in caso di visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici eseguiti ambulatorialmente e indipendenti da ricovero o intervento chirurgico, per:

- malattia
- infortunio
- parto

fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda di polizza e con l'applicazione della franchigia di euro 500,00 per anno assicurativo.

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

Sono in copertura:

a) le seguenti visite specialistiche, anche se eseguite in regime di day hospital:

- analisi ed esami diagnostici
- onorari medici per visite specialistiche o per consulti

b) i seguenti esami di alta diagnostica, anche se eseguiti in regime di day hospital:

- angiografia
- arteriografia
- artrografia
- broncoscopia
- cisternografia
- cistografia
- clisma opaco
- colangiografia + colangiografia percutanea
- colecistografia
- coronarografia
- dacriocistografia
- densitometria ossea (MOC)
- ecocardiografia da sforzo
- ecocontrastografia
- elettromiografia (EMG)
- endoscopia apparato digerente ed urologico
- fistelografia
- fluorangiografia oculare
- galattografia
- isterosalpingografia
- linfografia

- mielografia
- pneumoencefalografia
- RMN
- scialografia con contrasto
- scintigrafia
- splenoportografia
- tomografia assiale computerizzata (TAC)
- tomografia a emissione di positroni (PET)
- urografia
- vesciculodeferentografia

c) i seguenti trattamenti terapeutici, anche se eseguiti in regime di day hospital:

- terapia radiante a scopo antiblastico
- polichemioterapia antiblastica
- cobaltoterapia
- dialisi

A deroga dell'art. 22 "Rischi esclusi", è incluso nella presente garanzia l'esercizio di medicine e pratiche non convenzionali, limitatamente all'agopuntura, all'osteopatia ed alla chiropratica, purché prescritte e praticate da medico chirurgo abilitato all'esercizio della professione e riconosciuto dal SSN.

Sono escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche nonché le visite specialistiche dietologiche con finalità estetica.

Nel caso la polizza sia stata emessa in base a quanto previsto dall'art. 8 "Rinnovo per gli assicurati in copertura da almeno 10 anni", questa garanzia aggiuntiva opererà solo per gli esami di alta diagnostica e i trattamenti terapeutici con un massimale duplicato rispetto a quello della precedente polizza (in polizza apparirà a fianco della dicitura Convenzione il testo "RINNO GARANT").



DIARIA DA RICOVERO

(garanzia valida per

.....
)

Garanzia base

Art. 20 - Oggetto della garanzia

Cattolica corrisponde all'assicurato la diaria giornaliera indicata nella scheda di polizza, in caso di ricovero per:

- malattia;
- infortunio;
- parto.

La diaria verrà corrisposta:

- per ciascun giorno di degenza (il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno);

• e per la durata massima di 90 giorni per sinistro e di 180 giorni per anno assicurativo.

Nel conteggio dei giorni sono compresi eventuali permessi medici.

La diaria viene raddoppiata in caso di ricovero a seguito di:

- uno dei grandi interventi chirurgici indicati nell'elenco "grandi interventi chirurgici";
- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto.

La diaria viene corrisposta per al massimo 5 giorni in caso di ricovero per:

- interventi su tonsille e adenoidi;
- parto naturale;
- aborto post traumatico.

La diaria viene corrisposta al 50% in caso di day hospital.

Per questa garanzia e per le estensioni di seguito riportate, non è operativo l'eventuale scoperto previsto per il ricovero all'estero di cui al punto B) dell'art. 3 "Estensione territoriale".

Art. 21 - Estensioni di garanzia (automaticamente operanti)

Diaria per ricovero contemporaneo dei coniugi

In caso di ricovero contemporaneo con almeno un pernottamento, anche per eventi diversi, dei due coniugi o conviventi entrambi assicurati:

- con figli minori, o
- con figli portatori di handicap, o
- con familiari anziani che richiedono cure e assistenza giornaliera da parte di uno dei due coniugi

Cattolica provvede al pagamento di una diaria pari a euro 100,00 a coppia per ogni giorno di ricovero al massimo per:

- **30 giorni per sinistro;**
- **90 giorni per anno assicurativo.**

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 23 - Modalità di denuncia, obblighi dell'assicurato e gestione del sinistro

L'assicurato può scegliere se ricorrere:

1. agli istituti di cura convenzionati. In questo caso Cattolica paga le spese sostenute direttamente all'istituto convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali;
2. agli istituti di cura non convenzionati. In questo caso Cattolica rimborsa le spese sostenute all'assicurato al netto delle eventuali franchigie e /o limitazioni contrattuali.

1 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI – PAGAMENTO DIRETTO

In questo caso l'assicurato, i suoi familiari o i suoi eredi dovrà preventivamente contattare telefonicamente la:

Centrale Operativa
in funzione dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì
e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato

dall'Italia al numero verde 800 - 305992
dall'estero al numero 015 - 2559570

indicando la prestazione di cui intende usufruire.

La centrale operativa invierà tramite fax o e-mail, seguito del contatto telefonico, all'assicurato il modulo per la richiesta del pagamento diretto.

L'assicurato dovrà restituirlo alla centrale operativa sempre tramite fax o e-mail debitamente compilato con allegata la copia della prescrizione medica della richiesta di ricovero.

La centrale operativa, entro 2 (due) giorni lavorativi successivi alla ricezione del modulo per la richiesta di pagamento diretto verifica la regolarità amministrativa, la validità della garanzia e la certificazione medica allegata.

Se le verifiche danno esito positivo, la centrale operativa autorizza telefonicamente l'assicurato per la gestione del sinistro in convenzione e in questo caso rimborsa le spese direttamente all'istituto di cura convenzionato **al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali che restano sempre a carico dell'assicurato.**

Restano a carico dell'assicurato anche le spese:

- per prestazioni non garantite dal contratto,
- eccedenti il massimale assicurato,
- non autorizzate dalla centrale operativa,

che dovrà rimborsare direttamente all'istituto di cura convenzionato.

Se le verifiche danno esito negativo, la centrale operativa ne anticiperà telefonicamente all'assicurato le motivazioni e farà seguito con l'invio della comunicazione di negazione alla gestione del sinistro in convenzione.

Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico venga effettuato in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'assicurato dovrà sostenere direttamente le spese relative alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità di "ricorso agli istituti di cura non convenzionati". **Per le spese sostenute all'estero per l'equipe medica non convenzionata restano intesi i limiti di copertura previsti all'art. 3 "Estensione territoriale".**

Qualora in caso di emergenza medica il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale avvenga negli orari o nei giorni nei quali la Centrale Operativa non è in funzione, la denuncia del sinistro e la relativa gestione dovrà avvenire secondo le modalità indicate al successivo punto 2 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI – RIMBORSO SPESE, DIARIA DA RICOVERO E SOSTITUTIVA, con successivo rimborso delle spese sostenute.

Tuttavia se l'assicurato in caso di emergenza fa ricorso ad un istituto di cura convenzionato e intende usufruire del pagamento diretto delle prestazioni, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, telefonare alla Centrale Operativa entro il primo giorno lavorativo della centrale successivo al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale, impegnandosi ad inviare la documentazione richiesta atta ad attivare il pagamento diretto, entro tre giorni dal ricovero e comunque prima della dimissione.

Resta comunque inteso che il ricorso alle case di cura convenzionate in caso di emergenza non è da intendersi come automatica presa in carico del sinistro, dovendosi subordinare l'autorizzazione al ricovero all'esame della documentazione medica che l'assicurato si impegna a fornire.

2 – RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI – RIMBORSO SPESE, DIARIA DA RICOVERO E SOSTITUTIVA

Se l'assicurato non fa ricorso agli istituti di cura convenzionati con Cattolica, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, denunciare il sinistro telefonando alla:

Centrale Operativa
in funzione dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì
e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato

dall'Italia al numero verde 800 - 305992
dall'estero al numero 015 - 2559570

entro tre giorni dal ricovero o dall'intervento chirurgico.

Tale obbligo non sussiste nel caso di richiesta di rimborso relativa alla garanzia di cui all'art.19 "Visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali".

Successivamente, dovrà compilare il modulo di richiesta di rimborso delle spese mediche, allegando tutta la documentazione medica.

Il modulo di richiesta di rimborso e la documentazione deve essere consegnato all'agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 60 giorni dalla data dimissione dall'istituto di cura o dalla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale.

In caso di richiesta di rimborso relativa alla garanzia "Visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali", la prima richiesta di rimborso potrà essere fatta, con la succitata modalità, **entro 30 giorni dalla scadenza dell'annualità assicurativa della polizza, se la richiesta di rimborso supera la franchigia prevista nel contratto.**

La richiesta potrà essere fatta anche precedentemente, qualora nel corso dell'annualità assicurativa le spese sostenute superino l'importo della franchigia prevista in polizza. **In tale caso, la richiesta di rimborso potrà essere fatta entro 30 giorni dal superamento del limite e successivamente entro 30 giorni dalla data della fattura e/o ricevuta fiscale.**

La richiesta di rimborso delle spese mediche deve essere fatta a cure ultimate e corredata dai seguenti documenti giustificativi:

- fatture, ricevute fiscali, notule di spesa o ricevute debitamente quietanzate in originale e in copia;
- esami medici eventualmente eseguiti o altra documentazione sanitaria in copia tranne gli



- esami radiologici o altro che possono essere trasmessi solamente in originale;
- prescrizione medica in originale e copia;
 - cartella clinica e /o documento sostitutivo in copia;
 - i documenti che comprovino il periodo di permanenza all'estero in copia.

L'assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla centrale operativa e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alle patologie denunciate, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

La centrale operativa ricevuta tutta la documentazione di richiesta del rimborso provvede, se dovuto e **al netto delle eventuali limitazioni e/o franchigie previste dal contratto**, al pagamento delle spese entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta, nel caso tutta la documentazione presentata risulti esaustiva.

In caso contrario, la centrale operativa ne darà comunicazione scritta all'assicurato e il termine di 30 giorni decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione completa.

Per le spese sostenute all'estero restano intesi i limiti di copertura previsti all'art. 3 "Estensione territoriale".

In caso di decesso dell'assicurato il rimborso verrà effettuato ai suoi legittimi eredi.

Se l'assicurato ha presentato a terzi gli originali delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avviene previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Il pagamento a favore dell'assicurato viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

Qualora, previo le opportune verifiche, la centrale operativa non ritenga di dover procedere al rimborso delle spese mediche, ne darà comunicazione scritta all'assicurato per raccomandata con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione ritenuta completa.

Art. 24 - Obbligo di restituzione delle spese sanitarie liquidate da Cattolica e non dovute

Qualora si dovesse accertare, relativamente all'evento per il quale l'assicurato ha usufruito del servizio, la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, la centrale operativa invierà all'assicurato, mediante raccomandata con ricevuta di ritorno, la richiesta del recupero delle somme erogate.

L'assicurato e/o in caso di minori i genitori o gli affidatari, dovranno restituire, a Cattolica, secondo le modalità comunicate, le somme indebitamente liquidate da Cattolica, entro e non oltre 30 giorni dalla comunicazione.

Qualora l'assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, Cattolica si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti addebitandogli i relativi costi.

Art. 25 - Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, le parti si obbligano a confermare, con scrittura privata, mandato di decidere, in prima istanza tra due medici nominati uno per parte ed in mancanza di accordo, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede presso il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla 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 del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

L'assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.



002000067003000000000940000000000000C

tampata in data

23 / 43

MOD. PS 2 - ED. 02/2008

COPIA PER IL CONTRAENTE

PROTEZIONE LEGALE DEL PAZIENTE

(*garanzia valida per*

.....
.....)

Garanzia base

Cattolica affida la gestione dei sinistri di Protezione Legale alla Società: ARAG Assicurazioni S.p.A. con sede e direzione generale in Viale delle Nazioni n° 9 - 37135 Verona.

Art. 26 - Oggetto della garanzia

Arag assicura il pagamento delle spese legali necessarie agli assicurati per la difesa dei loro diritti sia in sede extragiudiziale che giudiziale nei casi indicati all'art. 27 "Elenco dei casi assicurativi".

Per spese legali si intendono gli onorari, i diritti e le spese, compresi gli oneri non ripetibili dalla controparte, **calcolati secondo il tariffario forense per l'intervento:**

- del legale incaricato della gestione del caso assicurativo;
- del legale di controparte, nel caso di soccombenza dell'assicurato, o di **transazione autorizzata da ARAG;**
- del consulente tecnico nel caso in cui sia nominato in **accordo con ARAG.**

È compreso il pagamento del contributo unificato, restando escluso ogni altro onere fiscale.

Art. 27 - Elenco dei casi assicurativi

La garanzia vale per:

- sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento dei danni derivati all'assicurato **esclusivamente in conseguenza di interventi diagnostici, terapeutici o chirurgici effettuati in occasione di ricovero e per i quali sia stata prestata la copertura assicurativa prevista nella polizza PiùSalute. Con riferimento agli interventi chirurgici, fermo il presupposto che sia stata prestata la copertura assicurativa prevista nella polizza PiùSalute, sono compresi anche quelli effettuati ambulatorialmente. È compreso l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno in sede penale a mezzo di costituzione di parte civile;**
- sostenere controversie con Istituti o Enti Pubblici di Assicurazioni Previdenziali o Sociali, **derivanti dall'erogazione delle garanzie prestate dal presente contratto.**

Art. 28 - Insorgenza del caso assicurativo

Per insorgenza del caso assicurativo si intende il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento.

In presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del caso assicurativo si fa riferimento alla data della prima violazione.

Art. 29 - Unico caso assicurativo

Nel caso di vertenze promosse da o contro più persone aventi ad oggetto domande identiche o connesse, la garanzia viene prestata a favore di tutti gli assicurati coinvolti, ma il relativo massimale resta unico e viene ripartito tra loro.

Art. 30 - Esclusioni

È escluso il pagamento di:

- **multe, ammende e sanzioni in genere;**
- **spese legali e peritali per controversie contro ARAG;**

- spese legali e peritali calcolate in base ad accordi fra l'assicurato e il professionista diverse da quelle previste nel tariffario forense;
- spese legali o peritali derivanti da accordi transattivi non autorizzati espressamente da ARAG;
- spese legali derivanti dalla proposizione di querela.



002000067003000000000940000000000000C

tampata in data

25 / 43

MOD. PS 2 - ED. 02/2008

COPIA PER IL CONTRAENTE

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO GARANZIA PROTEZIONE LEGALE DEL PAZIENTE

Art. 31 - Denuncia del caso assicurativo

L'assicurato deve **tempestivamente** denunciare a Cattolica o ad ARAG qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuta conoscenza.

In ogni caso deve fare pervenire a Cattolica o ad ARAG, notizia di ogni atto a lui notificato, entro 3 giorni dalla data della notifica stessa.

ARAG

tel. 045 8 290 411

per l'invio della denuncia di sinistro:

fax 045 8 290 557

per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro

fax 045 8 290 449.

Art. 32 - Scelta del Legale

L'assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui conferirà il mandato alla gestione della controversia indicandone il nominativo nella denuncia del caso assicurativo.

Il legale scelto deve essere iscritto nell'albo presso il foro della sede giudiziaria competente alla trattazione della causa.

Nel caso in cui l'assicurato non provveda a nominare il legale di fiducia, ARAG fornirà il nominativo di un professionista cui l'assicurato potrà conferire il mandato.

Sono coperte le spese per l'attività di un unico legale per ogni grado di giudizio.

Art. 33 - Mezzi e documenti di prova

Dopo la denuncia e la nomina del legale l'assicurato è tenuto a:

- **informarlo in modo completo e veritiero di tutti i fatti;**
- **indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari;**
- **informare immediatamente ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del caso assicurativo e ad inviare la documentazione richiesta.**

Art. 34 - Gestione del caso assicurativo

Ricevuta la denuncia, ARAG si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia.

Ove ciò non riesca, se le richieste dell'assicurato presentino possibilità di successo, la pratica viene trasmessa al legale scelto.

L'assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della controversia senza preventiva ed espressa autorizzazione di ARAG.

La nomina di consulenti tecnici di parte (periti) deve essere preventivamente autorizzata da ARAG.

In nessun caso ARAG e Cattolica sono responsabili dell'operato dei professionisti incaricati della gestione del caso assicurativo.

In caso di disaccordo tra l'assicurato e ARAG sulla gestione del sinistro, l'assicurato può demandare la decisione sul comportamento da tenere a un arbitro che decide secondo equità.

L'arbitro è designato di comune accordo tra le parti o, in mancanza di accordo, dal presidente del tribunale competente a norma del codice di procedura civile.

Ciascuna delle parti, in ogni caso, contribuisce alla metà delle spese arbitrali.

Art. 35 - Somme recuperate

I risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte all'assicurato a titolo di capitale e interessi spettano integralmente all'assicurato. Le competenze (onorari, diritti e spese) liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente in favore dell'assicurato spettano ad ARAG, qualora le abbia anticipate.



002000067003000000000940000000000000C

tampata in data

27 / 43

MOD. PS 2 - ED. 02/2008

COPIA PER IL CONTRAENTE

ASSISTENZA BASE, SECONDO PARERE MEDICO E TELEMEDICINA

Art. 36 - Oggetto della garanzia

Cattolica assicura le prestazioni dei servizi di assistenza e telemedicina indicate negli articoli seguenti.

Art. 37 - Esclusioni

La garanzia non è operante per i sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalismo, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Le prestazioni non sono fornite negli stati che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- dolo dell'assicurato;
- suicidio o tentato suicidio;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- l'espianto e/o il trapianto di organi;
- malattie nervose e mentali, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'assicurato (malattie preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzie assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso assicurato, nel corso del precedente contratto; malattie e infortuni conseguenti e/o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio. Tale esclusione non opera per la prestazione di telemedicina "Mother medicare".

Art. 38 - Istruzioni per la richiesta di assistenza.

Dovunque si trovi in Italia e in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla centrale operativa al numero verde:

800 - 305992

in funzione 24 ore su 24

oppure al numero:

015 - 2559570

preceduto dal prefisso per l'Italia nel caso si trovi all'estero

Se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma al seguente indirizzo, tranne che per i servizi di telemedicina:

MAPFRE ASISTENCIA S.A.

Strada Trossi, 66

13871 Verrone (BI)

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- nome e cognome;
- numero di polizza preceduto dalla sigla "PSC";

- servizio richiesto;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- recapito telefonico dove la centrale operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di sinistro.

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della centrale operativa.

Art. 39 - Erogazione delle prestazioni

Ogni prestazione deve essere preventivamente richiesta alla centrale operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Tutte le prestazioni assistenza non possono essere fornite più di tre volte entro ciascuna annualità assicurativa. Tale limitazione non opera invece per le prestazioni di telemedicina.

Le prestazioni all'estero saranno erogate solo entro i primi 180 giorni di permanenza continuativa all'estero.

Qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, Cattolica non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti a un termine di prescrizione annuale che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere ai sensi dell'articolo 2952 del codice civile.

La centrale operativa non si assume la responsabilità per i danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

Art. 40 - Accertamenti in caso di sinistro

L'assicurato s'impegna a collaborare al fine di consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire alla centrale operativa tutte le informazioni che si ritengano indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di assistenza.

La centrale operativa può richiedere all'assicurato - e lo stesso è tenuto a fornire integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria all'erogazione della prestazione.

Salvo quanto espressamente indicato, ogni documento deve sempre essere fornito in originale (escluse fotocopie).

L'assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa polizza, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della centrale operativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.



ASSISTENZA BASE

(garanzia valida per

.....
)

CURA

Art. 41 - Informazioni sanitarie

La centrale operativa, su semplice richiesta telefonica dell'assicurato, tramite la propria equipe medica fornirà informazioni relativamente a:

- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicale e infettivologia;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, uffici competenti;
- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.) nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

La prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali.

Art. 42 - Consigli medici telefonici generici e specialistici

Se l'assicurato necessita di una consulenza medica generica o specialistica (cardiologica, geriatrica, ginecologica, neurologica, odontoiatrica, ortopedica o pediatrica) può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della centrale operativa, che forniranno informazioni e consigli e valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in favore dell'assicurato.

Art. 43 - Invio di un medico generico a domicilio o di un'autoambulanza

Se a seguito di malattia o infortunio l'assicurato, trovandosi in Italia, necessita di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o durante i giorni festivi e non riesca a reperirlo, la centrale operativa provvederà a inviare, a spese di Cattolica, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la centrale operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. 44 - Trasporto in autoambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso

Se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio, necessita di un trasporto in autoambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso, la centrale operativa provvederà a inviarla direttamente, tenendo a proprio carico la relativa spesa **fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 300 km di percorso complessivo (casa - ospedale e ritorno).**

Art. 45 - Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio, sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, la centrale operativa, previa analisi del quadro clinico dell'assicurato e d'intesa con il medico curante, provvederà a:

- individuare e prenotare, tenuto conto della disponibilità esistente, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'assicurato;
- organizzare il trasporto dell'assicurato con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:

- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla centrale operativa e le spese relative restano a carico di Cattolica, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, ove necessaria.

Se l'assicurato è rientrato a spese di Cattolica, la centrale operativa ha diritto di richiedergli, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o le lesioni che, a giudizio dei medici curanti, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali.

La prestazione inoltre non è dovuta nel caso in cui l'assicurato o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'assicurato è ricoverato.

Art. 52 - Rientro anticipato

Se l'assicurato, trovandosi in viaggio, rientra alla propria residenza prima della data che aveva programmato e con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa della morte avvenuta in Italia, come da data risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, la centrale operativa provvederà a fornirgli, con spese a carico di Cattolica, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, affinché possa raggiungere il luogo dove è deceduto in Italia il familiare o dove viene sepolto.

Nel caso in cui l'assicurato viaggiasse con un minore, purchè assicurato, la centrale operativa provvederà a far rientrare entrambi. Se l'assicurato si trovasse nella impossibilità a utilizzare il proprio veicolo per rientrare anticipatamente, la centrale operativa gli metterà a disposizione un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare successivamente il veicolo stesso.

Sono esclusi i casi in cui l'assicurato non possa fornire alla centrale operativa adeguate informazioni sui motivi che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato.

Art. 53 - Recupero e rimpatrio salma

Se a seguito di malattia o infortunio l'assicurato è deceduto, la centrale operativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo Cattolica a proprio carico le relative spese **fino a un massimo di euro 10.000,00 per sinistro, anche se sono coinvolti più assicurati. Se tale prestazione comporta un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la centrale operativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. Sono inoltre comprese le eventuali spese per il recupero della salma con il sottolimito di euro 2.000,00 per sinistro, anche se sono coinvolti più assicurati.**

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre.

Art. 54 - Prolungamento del soggiorno all'estero

Se l'assicurato in viaggio non è in grado di intraprendere il rientro al proprio domicilio alla scadenza stabilita in conseguenza di malattia o infortunio, la centrale operativa organizzerà il prolungamento del soggiorno in albergo tenendo Cattolica a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione **fino a un massimo di 5 giorni successivi alla data stabilita per il rientro e fino a un massimo di euro 100,00 al giorno per assicurato.**

La prestazione è operante quando il sinistro si verifica all'estero.

Art. 55 - Rientro degli altri assicurati

In caso di rientro sanitario dell'assicurato in base alle condizioni previste nel precedente art. 51 "Rientro sanitario (anche dall'estero)", se le persone in viaggio con l'assicurato, purchè anch'esse assicurate, non sono in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la centrale operativa provvede a fornire loro un biglietto

per l'accertamento degli stati di invalidità civile (legge 104/92).

FAMIGLIA

Art. 60 - Accompagnamento di minori

Se l'assicurato in viaggio accompagnato da minori di 15 anni, purché assicurati, si trova nell'impossibilità di occuparsi di loro, a giudizio di un sanitario che lo ha in cura, in seguito a malattia o infortunio, la centrale operativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere a un familiare residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. Cattolica terrà a proprio carico il relativo costo. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

L'assicurato deve comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare affinché la centrale operativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

Art. 61 - Baby sitter per minori

Se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio, viene ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni, oppure, a seguito di un ricovero in istituto di cura, è temporaneamente invalido, e pertanto impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 anni, la centrale operativa segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova l'assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali. Cattolica terrà a proprio carico le relative spese **fino a un massimo di euro 100,00 al giorno e per un massimo di 5 giorni per sinistro.**

Art. 62 - Collaboratrice familiare

Se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio, è stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni e sia temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la centrale operativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali. Cattolica terrà a proprio carico le relative spese **fino a un massimo di euro 100,00 al giorno e per un massimo di 5 giorni per sinistro.**

Art. 63 - Consulenza pediatrica

Se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio del proprio figlio necessita di un consulto telefonico urgente e non riesce a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della centrale operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

SECONDO PARERE MEDICO

(garanzia valida per

.....
)

Art. 64 - Oggetto della garanzia

Cattolica, tramite i medici della centrale operativa, mette a disposizione dell'assicurato il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA, che fornisce una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute.

L'assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeuticamente potrà contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della centrale operativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

Per beneficiare della prestazione, **l'assicurato o il medico curante dovranno:**

- **spiegare ai medici della centrale il caso clinico,**
- **compilare il questionario che sarà appositamente fornito,**
- **mettere a disposizione prove, biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica che sia necessaria per potere valutare il caso.**

La centrale operativa procede alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, provvede all'eventuale traduzione in lingua inglese, ed effettua la seconda opinione medica mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nella malattia o quadro clinico dell'assicurato.

Il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA sarà effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'assicurato e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito e che saranno forniti alla centrale operativa dall'assicurato, o dal suo medico di fiducia, come condizione necessaria per la prestazione del servizio.

La risposta in forma scritta, e in lingua inglese, della SECONDA OPINIONE MEDICA sarà trasmessa dalla centrale operativa all'assicurato, o al suo medico di fiducia nel termine normale di 15 giorni feriali, e comunque al massimo entro 40 giorni feriali.

Entro 10 giorni dalla data di ricevimento della seconda opinione medica è facoltà dell'assicurato chiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della centrale operativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del centro medico internazionale di riferimento mediante collegamento telefonico o videoconferenza.

Concordata con la centrale e con il medico curante la necessità della videoconferenza, la centrale operativa metterà a disposizione dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante...) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla centrale di telemedicina, alla video conferenza. **Cattolica terrà a proprio carico le relative spese sino a un massimo di euro 800,00 per sinistro.**

La prestazione è operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali.

TRATTAMENTO IN U.S.A. IN SEGUITO A SECONDA OPINIONE MEDICA

Servizi personalizzati

Una volta realizzata una seconda opinione medica e sempre che l'assicurato abbia deciso di sottoporsi a cure mediche e/o ospedaliere in U.S.A. relazionate con il quadro clinico corrispondente alla seconda opinione medica realizzata, gli saranno prestati i seguenti servizi:

1. Consulenza e consiglio nella selezione di medici ed ospedali in U.S.A. per il trattamento



tampata in data

MOD. PS 2 - ED. 02/2008

002000067003000000000940000000000000C

35 / 43

COPIA PER IL CONTRAENTE

adeguato del caso.

2. Conseguimento di visite mediche con i medici ed ospedali scelti dall'assicurato in U.S.A.
3. Consulenza e supporto per le pratiche di ingresso e ammissione nell'ospedale scelto dall'assicurato, tra quelli compresi nella rete ospedaliera convenzionata.
4. Gestione della prenotazione di passaggi aerei ed alloggio per l'assicurato ed i familiari che lo dovessero accompagnare, sempre e quando il viaggio in U.S.A. si realizzi con lo scopo di ricevere, da parte dell'assicurato, i trattamenti ospedalieri relazionati con la seconda opinione medica.
5. Coordinamento dell'accoglienza dell'assicurato e dei famigliari che lo accompagnano nell'aeroporto di arrivo in U.S.A. e del successivo trasferimento al luogo di alloggio, sempre e quando il viaggio si realizzi con lo scopo di ricevere, da parte dell'assicurato, i trattamenti ospedalieri relazionati con la seconda opinione medica.
6. Quando lo stato di salute dell'assicurato lo raccomandi, coordinamento del trasferimento in ambulanza aerea fino agli U.S.A. o terrestre dentro gli U.S.A.
7. A partire dall'ingresso dell'assicurato nell'ospedale scelto, Mapfre Asistencia fornirà l'accesso ai servizi di interpreti qualificati quando si rendano necessari per facilitare la realizzazione delle cure mediche in U.S.A.

Le spese mediche inerenti ai ricoveri saranno esclusivamente a carico dell'assicurato, così come le spese di trasporto e alloggio dell'assicurato.

Servizi amministrativi

Realizzata la seconda opinione medica e una volta che l'assicurato abbia confermato il suo desiderio di ricevere cure ospedaliere in U.S.A., oltre ai servizi di cui nella sezione anteriore Mapfre Asistencia si impegna a prestare i seguenti servizi:

- prima dell'arrivo dell'assicurato, ottenimento dei preventivi e dei costi stimati relativi al ricovero ed agli onorari medici corrispondenti alle cure mediche che l'assicurato deve ricevere in U.S.A.;
- presentazione e introduzione dell'assicurato, mediante una tessera che lo identifichi come membro della corrispondente rete di fornitori di servizi di assistenza sanitaria (ppo) nell'ospedale in cui sarà ricoverato;
- coordinamento delle cure all'assicurato nell'ospedale da lui scelto e degli appuntamenti con il medico specialista;
- revisione, controllo e analisi delle corrispondenti fatture e verifica delle voci definite come "usuali e solite" nel corso del trattamento dell'assicurato;
- auditing completo delle voci e delle spese inserite nelle fatture, relazionate con le cure mediche ricevute dall'assicurato;
- conseguimento di eventuali sconti, sui costi dei servizi medici e ospedalieri.

attraverso la comunicazione audiovisiva con la centrale di telemedicina ed attraverso l'utilizzo del kit "VISUALMEDICARE" per il rilevamento dei seguenti parametri:

- pressione arteriosa;
- frequenza cardiaca;
- frequenza respiratoria;
- elettrocardiogramma (ECG).

Nei soli casi in cui l'intervento/ricovero sia relativo a patologie riguardanti l'apparato respiratorio o cardiocircolatorio verranno monitorati anche il peso e l'SpO₂.

Si precisa che questa prestazione non opera per i seguenti grandi interventi chirurgici:

NEUROCHIRURGIA

- interventi di cranioplastica
- asportazione di tumori dell'orbita
- interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- interventi per neoplasie del globo oculare
- interventi di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- asportazione di tumori maligni del cavo orale
- asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)
- asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- ricostruzione della catena ossiculare
- intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

- mastectomia totale o parziale con svuotamento del cavo ascellare per neoplasia maligna

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- interventi con esofagoplastica
- interventi per mega-esofago
- interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- drenaggio di ascesso epatico
- interventi per echinococchi epatici

UROLOGIA

- interventi per prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- interventi per costola cervicale
- interventi di stabilizzazione vertebrale
- interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

Modalità di attivazione:

- **Almeno 48 ore prima della sua dimissione e comunque non oltre dopo 3 giorni dalla data di dimissioni, l'assicurato dovrà:**
 - a) telefonare al numero verde secondo le modalità previste dall'articolo 38 "Istruzioni per la richiesta di assistenza" e richiedere l'attivazione del servizio di teleconsulto;

registrarli nella cartella medica personale.

- **Successivamente al parto un operatore autorizzato si recherà a casa dell'assicurata per ritirare il kit mother medicare.**

Per usufruire del servizio è necessario disporre di un televisore o di un personal computer e di una linea telefonica.

Art. 68 - Children Medicare

Tutte le donne assicurate, in caso di gravidanze che hanno avuto inizio dopo la conclusione del contratto, potranno chiedere l'attivazione, nella loro cartella medica personale, dello spazio dedicato al bambino, in cui potranno essere riportati i suoi dati medici.

L'assicurata inoltre potrà contattare telefonicamente la centrale operativa e avere consigli e informazioni sui piccoli problemi che può avere il bambino nei suoi primi 3 (tre) mesi di vita (coliche, intolleranze, ecc.).

Modalità di attivazione nella cartella medica on line dello spazio dedicato al bambino

- **L'assicurata dovrà telefonare al numero verde dalle ore 8.00 alle ore 21.00 dei giorni feriali, e richiedere alla centrale di telemedicina l'attivazione dello spazio dedicato al bambino nella sua cartella medica personale.**

Per usufruire del servizio è necessario disporre di un personal computer, di una linea telefonica e dell'accesso a internet.

Modalità di erogazione del consulto telefonico

- **L'assicurata dovrà chiamare il n° verde e richiedere alla centrale di telemedicina il consulto telefonico.**

Art. 69 - Telefarmacologia con sms medicale

Se l'assicurato si trova all'estero e ha bisogno di conoscere il nome commerciale locale di un farmaco o del corrispondente principio attivo, è a sua disposizione 24 ore su 24, 365 giorni all'anno il servizio di telefarmacologia con SMS medicale che gli consente di ottenere questa informazione con una semplice telefonata.

Modalità di erogazione

- **L'assicurato dovrà telefonare alla centrale di telemedicina secondo le modalità previste dall'art. 38 "Istruzioni per la richiesta di assistenza" e richiedere l'attivazione del servizio di tele-farmacologia con sms medicale.**
- Un medico della centrale segnalerà immediatamente all'assicurato il corrispettivo nome commerciale locale del farmaco richiesto (o del principio attivo) con un sms, un fax o un'e-mail con la modalità che l'assicurato preferisce.

Il servizio è attualmente disponibile in 233 paesi del mondo e in 18 differenti lingue (italiano, inglese, francese, turco, russo, cinese in 2 versioni, thailandese, olandese, ebraico, polacco, portoghese, tedesco, ceco, greco, rumeno, spagnolo).

Art. 70 - Teleprescrizione medica multilingue

Se l'assicurato si trova all'estero e ha bisogno di assumere un farmaco senza avere la ricetta medica con sé, è a sua disposizione 24 ore su 24, 365 giorni all'anno il servizio di teleprescrizione medica multilingue di farmaci OTC.

Modalità di erogazione

- **L'assicurato dovrà telefonare alla centrale di telemedicina secondo le modalità previste dall'art. 38 "Istruzioni per la richiesta di assistenza" e richiedere l'attivazione del servizio di tele-prescrizione medica multilingue.**
- Un medico compilerà la prescrizione medica necessaria, scritta nella lingua del luogo, indicando anche il dosaggio consigliato e il nome commerciale locale del farmaco o del principio attivo, e la invia immediatamente all'assicurato per fax o e mail.
Nel caso in cui il farmaco richiesto non sia commercializzato nel Paese dove l'assicurato si

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

- Mastectomia totale o parziale con svuotamento del cavo ascellare per neoplasia maligna

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

