

Zurich *in*Forma

Polizza spese sanitarie
Condizioni di polizza



Zurich Insurance Company

Sede a Zurigo - Capitale sociale fr. sv. 825.000.000 i.v.
Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano
Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603

Iscritta all'Albo Imprese ISVAP il 3/1/08 al n. 2.00001 capogruppo del
Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi ISVAP il 28.5.08 al n. 2
C.F./P.IVA/R.I. Milano 01627980152

Imp. aut. a norma art. 65 R.D.L. 29.4.1923 n. 966
Registro Commercio Zurigo n. CH-020.3.929.583-0

www.zurich.it



Because change happenz™

Gentile Cliente,

La ringraziamo di aver scelto Zurich con la polizza per la copertura delle spese sanitarie e Le ricordiamo alcune utili informazioni.

La polizza è composta da questo fascicolo (mod. 1.0111), che riporta la descrizione delle garanzie e le condizioni generali di assicurazione, e dalla **scheda amministrativa** (mod. 1.0113) in cui sono indicati i Suoi dati anagrafici e gli estremi della copertura assicurativa da Lei scelta.

Per aiutarla nella comprensione della polizza, abbiamo realizzato un **Libretto di Comunicazione Facilitata** che può richiedere al Suo intermediario assicurativo.

In caso di necessità, può sempre rivolgersi:
al Suo intermediario assicurativo
al Servizio Clienti Zurich
(email clienti@zurich.it tel. 02.59662510)
ai nostri esperti scrivendo all'indirizzo persone@zurich.it

Zurich Help Point, siamo pronti a proteggere il tuo mondo

Il testo della presente polizza modello 1.0111 ed. 10/2009 è stato depositato presso lo Studio Notarile Dott. Luca Bollini in Milano in data 06/11/2009, con atto n. 9472 di repertorio - raccolta 3027.

Indice

Definizioni		pag. 5
Sezione I -	Condizioni Generali di Assicurazione - Norme comuni a tutte le sezioni.	pag. 7
Sezione II -	Rimborso Spese - Garanzie assicurative e modalità operative.	pag. 10
1 .	Intervento chirurgico	pag. 10
1A .	Intervento chirurgico senza scoperto	pag. 10
1A.1.	Prestazioni della garanzia	pag. 10
1A.2.	Prestazioni speciali della garanzia	pag. 10
1A. 2.1.	Intervento chirurgico ambulatoriale	pag. 10
1A. 2.2.	Parto o aborto	pag. 10
1A. 2.3.	Trapianti	pag. 11
1A. 2.4.	Chirurgia plastica, estetica e stomatologica ricostruttiva	pag. 11
1A.3.	Limiti di Rimborso	pag. 11
1A.4.	Prestazione alternativa	pag. 11
1B.	Intervento chirurgico con scoperto	pag. 11
1B.1.	Prestazioni della garanzia	pag. 11
1B.2.	Prestazioni speciali della garanzia	pag. 11
1B.3.	Limiti di Rimborso	pag. 11
1B.4.	Prestazione alternativa	pag. 11
2 .	Garanzie Aggiuntive	pag. 11
2A.	Alta Diagnostica	pag. 11
2A.1.	Prestazioni della garanzia	pag. 11
2A.2.	Limiti di rimborso	pag. 12
2A.3.	Scoperto specifico	pag. 12
2B.	Visite specialistiche ed esami	pag. 12
2B.1.	Prestazioni della garanzia	pag. 12
2B.2.	Limiti di rimborso	pag. 12
2B.3.	Scoperto specifico	pag. 12
3.	Ricovero senza Intervento chirurgico	pag. 12
3A.	Ricovero senza Intervento chirurgico senza Scoperto	pag. 12
3A.1.	Prestazioni della garanzia	pag. 12
3A.2.	Terapie oncologiche	pag. 13
3A.3.	Limiti di rimborso	pag. 13
3A.4.	Prestazione alternativa	pag. 13
3B.	Ricovero senza Intervento chirurgico con Scoperto	pag. 13

3B.1.	Prestazioni della garanzia	pag. 13
3B.2.	Limiti di rimborso	pag. 13
3B.3.	Prestazione alternativa	pag. 13
4.	Prestazione Accessorie	pag. 13
4.1.	Complicazioni patologiche per interruzione volontaria della gravidanza	pag. 13
4.2.	Cure figli neonati ed adottati	pag. 14
4.3.	Terapie mediche a seguito di Infortunio in assenza di Ricovero	pag. 14
5.	Spese odontoiatriche	pag. 14
5.1	Prestazioni della garanzia	pag. 14
5.1.1	Visita odontoiatrica annuale di controllo e prevenzione	pag. 14
5.2.	Carenze e percentuali di rimborso progressive	pag. 15
6.	Diaria da Ricovero	pag. 15
6.1	Prestazioni della garanzia	pag. 15
6.2	Prestazioni accessorie	pag. 15
Sezione III –	Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'Assicurazione	pag. 17
7.	Rischi esclusi dall'Assicurazione	pag. 17
	Esclusioni specifiche per le spese odontoiatriche	pag. 18
8.	Persone non assicurabili	pag. 18
9.	Limiti d'età	pag. 19
10.	Periodi di Aspettativa	pag. 19
Sezione IV –	In caso di Sinistro	pag. 20
11.	Obblighi del Contraente/Assicurato	pag. 20
12.	Modalità di pagamento	pag. 20
12.1	Pagamento Indiretto – Rimborso all'Assicurato	pag. 20
12.2	Pagamento in forma diretta	pag. 20
12.3	Rimborso spese odontoiatriche, trattamenti di lunga durata e/o costo elevato	pag. 21
12.4	Valuta di pagamento	pag. 21
Allegato 1 -	Elenco Grandi Interventi Chirurgici	pag. 22
Allegato 2 -	Tariffario cure dentarie	pag. 24
Allegato 3 -	Tabella Coefficienti per età	pag. 41
Allegato 4 -	Modulo per il rimborso indiretto.	pag. 47
Allegato 5 -	Modulo richiesta di presa in carico diretta	pag. 49



ZURICH®

definizioni

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Carenza/Periodi di Aspettativa: periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza della polizza e l'inizio della garanzia, durante il quale la copertura assicurativa per le prestazioni indicate si intende inoperante.

Centro Medico: il centro, anche non adibito al ricovero dei malati, regolarmente autorizzato per prestazioni mediche, esami radiografici e diagnostici, analisi, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali.

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

(interventi malassorbitivi)

Compagnia: Zurich Insurance Company

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

Convalescenza: periodo di tempo successivo alla dimissione dall'istituto di cura, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.

Customer Care Center: servizio dedicato alla gestione delle informazioni relative alle prestazioni previste dal contratto di assicurazione e al collegamento

col network medico.

Data sinistro: data in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato il ricovero, l'intervento chirurgico in day hospital o in ambulatorio; per le prestazioni extraricovero, la data della prima prestazione sanitaria erogata.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato day hospital la permanenza in istituto di cura presso il pronto soccorso.

Evento: il singolo ricovero, anche in regime di degenza diurna (Day Hospital) o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale. Per le Specialistiche Extraospedaliere e le Visite e Analisi, tutte le visite e gli esami, riguardanti la stessa patologia, prescritti e inviati contemporaneamente.

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assicurato. Di norma opera per evento.

Indennizzo/Rimborso: la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: Intervento terapeutico o diagnostico mediante uso di strumenti chirurgici, nonché diatermocoagulazione,

tecnica laser o criotecnica. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intervento ambulatoriale: Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

Istituto di Cura: Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in regime di ricovero o di degenza diurna.

Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché i centri benessere e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze.

Livello di assistenza: insieme di prestazioni odontoiatriche ragionevolmente omogeneo per obiettivo terapeutico ed intensità di cura (Sezione II - Art 5.1)

Malformazione o difetto fisico: menomazione clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia mentale: tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi

depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD – 10 del OMS)

Medicina alternativa o complementare: le pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia e chiropratica.

Massimale: la somma cioè la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun Assicurato e per anno assicurativo, la Compagnia presta la garanzia.

Network/Rete: rete convenzionata dalla Compagnia di Servizi Newmed S.p.A., costituita da ospedali ed Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell’ambito di queste, per l’erogazione delle prestazioni esclusivamente nell’ambito delle convenzioni stesse, nelle seguenti forme:

in forma diretta: senza preventivo esborso di denaro da parte dell’Assicurato per tutti i casi di ricovero, ad eccezione delle sole franchigie e scoperti eventualmente previsti in Polizza;

in forma indiretta: con l’utilizzo delle tariffe preferenziali.

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate è direttamente consultabile nel sito www.newmed.net

Pagamento in forma mista: il pagamento che la Compagnia effettua per le prestazioni mediche eseguite presso Istituti di Cura e da professionisti, parte convenzionati con il Network e parte non convenzionati. I casi che si possono verificare sono: a) Istituto di cura in Network e professionisti fuori Network; b) Istituto di cura fuori Network e professionisti in Network.

Polizza: il documento che prova l’assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia quale corrispettivo per l’assicurazione.

Questionario sanitario: Il documento che descrive lo stato di salute dell’Assicurato, sulla base delle risposte dallo stesso fornite – anche con l’ausilio del Medico curante - debitamente sottoscritto dall’Assicurato o da chi ne esercita la potestà e che costituisce parte integrante della Polizza.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero improprio: la degenza sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia

complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell’Assicurato.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l’assicurazione.

Tariffario: elenco delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso a seconda delle opzioni previste in Polizza (Allegato 2)

Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, eseguite da medico o presso Centri Medici da personale professionalmente abilitato, finalizzate al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattie o infortuni indennizzabili a termini di polizza.

Visita specialistica: la visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in medicina generale e pediatria.

Sezione I - Condizioni Generali di Assicurazione - Norme comuni a tutte le sezioni.

Art. 1 - 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. 2 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipulazione di altre Assicurazioni per lo stesso rischio: in caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, l'assicuratore non è tenuto a pagare l'indennità (articolo 1910 del Codice Civile).

Art. 3 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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. Resta in ogni caso fermo quanto previsto all'Art. 10 "Periodi di aspettativa" della sezione III Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'assicurazione e all' Art 5.2 – "Carenze e percentuali di rimborso progressive"

della Sezione II - Rimborso Spese - garanzie assicurative e modalità operative.

Il pagamento del Premio va eseguito presso l'Intermediario cui è assegnato il contratto o presso la sede della Compagnia.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15mo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

Se il Contraente non paga il premio entro 90 giorni dalla scadenza, i termini di Aspettativa riprendono a decorrere dalle ore 24 del giorno in cui è stato pagato il Premio.

Il Premio è sempre determinato per periodi di Assicurazione di un anno ed è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento.

Art. 4 – Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 5 – Assicurazione per conto altrui

Poiché l' Assicurazione può essere stipulata anche per conto altrui, gli obblighi della Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'articolo 1891 del Codice Civile.

Art. 6 – Periodo dell'Assicurazione

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.

Art. 7 – Adeguamento del Premio per età

In occasione di ogni tacito rinnovo, la Compagnia adegua il Premio per ogni Assicurato applicando i coefficienti per età di cui all'allegato 3 a tutte le garanzie con esclusione della garanzia 6 Diaria da ricovero . L'adeguamento automatico di cui al successivo Art. 8 si applica all'importo complessivo derivante dalla somma dei Premi delle garanzie soggette all'adeguamento per l'età e dei Premi relativi alla garanzia 6 Diaria da ricovero, se prevista.

Nel caso in cui il Contraente non comunichi, entro la scadenza, di non accettare il Premio proposto, il contratto si intende rinnovato alle condizioni di Premio comunicate dalla Compagnia.

Art. 8 – Adeguamento automatico

Le somme assicurate e i limiti di Indennizzo non espressi in percentuale o in frazione, nonché il Premio vengono aggiornati ad ogni scadenza annuale, in base agli indici dei prezzi al consumo per l'intera comunità nazionale dell'Istat - indici 0602 e 0603 - ovvero l'indice delle spese per servizi sanitari depurato della componente medicinali pubblicati dall'Istituto Centrale di Statistica di Roma in

conformità a quanto segue:

nel corso di ogni anno solare sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;

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 (od al loro equivalente) le somme assicurate e i limiti di Indennizzo non espressi in percentuale o in frazione, nonché il Premio verranno aumentati o ridotti in proporzione;

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.

Art. 9 – Revisione del Premio

Qualora si verificassero significative ed obiettive variazioni nel Servizio Sanitario Nazionale, per tali intendendosi (a titolo di esempio e non esaustivo): non obbligatorietà dello stesso, riduzione delle prestazioni (per ricoveri, interventi chirurgici, visite o esami) dallo stesso fornite, introduzione di ticket superiori a 250 Euro per Ricoveri e/o Interventi chirurgici, aumenti dell'importo medio dei ticket oltre il 50% rispetto a quelli previsti al momento della stipula del contratto, la Compagnia si riserva la facoltà di variare il Premio in corso comunicando al Contraente il nuovo Premio annuo con preavviso di 90 giorni rispetto alla scadenza annuale successiva al tempo in cui le variazioni sono intervenute.

Il Contraente che non accetti il nuovo Premio proposto può recedere dal contratto fino alla scadenza annuale.

Art. 10 – Proroga del contratto

In mancanza di disdetta data da una della parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto si intende tacitamente rinnovato per il periodo di un anno e così successivamente.

Per i primi cinque anni tale facoltà spetta solo al Contraente, impegnandosi la Compagnia a mantenere in copertura per tale periodo gli Assicurati e le prestazioni previste all'atto della prima stipula. In caso di sostituzione del contratto si tiene in considerazione la data di effetto del primo contratto stipulato con la Compagnia, a decorrere dal quale si conteggeranno i cinque anni.

Art. 11 – Oneri fiscali

Sono a carico del Contraente gli oneri fiscali relativi al contratto.

Art. 12 – Foro competente

Il foro competente è quello del luogo di residenza o sede dell'Assicurato.

Art. 13 – Controversie – arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e sulla misura dei rimborsi e delle indennità, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere se ed 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 Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

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 dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato sul verbale stesso.

Art. 14 – Residenza e variazione di residenza

La polizza è valida per gli assicurati residenti in Italia.

Poichè il premio della Sezione I – 'Rimborso spese' è determinato per ciascun Assicurato anche sulla base

del comune di residenza, l'Assicurato stesso, o per esso il Contraente, è tenuto a dare immediata comunicazione di eventuali variazioni intervenute al riguardo in corso di contratto.

La Compagnia, entro 60 giorni dal ricevimento della comunicazione, si riserva di declinare le nuove condizioni di Premio, che decorreranno dall'annualità successiva alla comunicazione.

Il Contraente che non accetti il Premio proposto può recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale da cui decorrerà l'aumento.

Resta inteso che, in caso di

trasferimento della residenza all'estero, l'Assicurazione cessa in data coincidente con quella di trasferimento della residenza - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile. La cessazione dell'Assicurazione in corso comporta l'obbligo per la Compagnia - a parziale deroga dell'art. 1898 del Codice Civile - di rimborsare al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione stessa, la parte di Premio - al netto dell'imposta - già pagata per l'Assicurato e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della garanzia e il termine del periodo di Assicurazione per il quale è stato

corrisposto il Premio stesso.

Art. 15 – Validità territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 16 – Termini di prescrizione

Come regolamentato dal codice civile, art. 2952 comma 2, i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Art. 17 – Rinvio alle norme di legge

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana.

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

Sezione II - Rimborso Spese - Garanzie assicurative e modalità operative.

1. INTERVENTO CHIRURGICO

1A. Intervento chirurgico senza scoperto

1A.1 Prestazioni della garanzia

In caso di **Intervento Chirurgico**, effettuato in regime di Ricovero, reso necessario a seguito di Malattia o Infortunio, la Compagnia assicura il rimborso delle seguenti spese sostenute dall'Assicurato:

- A. nei 120 giorni precedenti l'inizio del Ricovero per:**
esami, accertamenti diagnostici e visite mediche specialistiche effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che ha determinato il successivo Intervento;**
- B. durante il Ricovero, per un massimo di 360 giorni per uno o più Ricoveri con Intervento chirurgico dipendenti dalla stessa Malattia o dal medesimo Infortunio, per:**
 - a) onorari dell'équipe medica;
 - b) diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi;
 - c) rette di degenza, prestazioni mediche, consulti, cure mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
 - d) rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, **sino alla concorrenza di € 3.000, elevato a € 4.500 in caso**

di trapianto di organo o di Intervento per neoplasie maligne.

- C. nei 120 giorni successivi al Ricovero, elevati a 180 giorni in caso di neoplasie maligne e di trapianti d'organo, per:**
 - a) spese relative a Ricoveri senza Intervento conseguenti all'iniziale Ricovero;
 - b) esami, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche;
 - c) medicinali;
 - d) cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) **sino alla concorrenza di € 1.500; purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno determinato l'Intervento chirurgico.**
- D. per Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, anche se effettuati in regime di Ricovero, purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero e sempreché vengano effettuati da personale professionalmente abilitato. I Trattamenti sono rimborsati sino alla concorrenza di € 1.500, purché effettuati entro i 120 giorni successivi al Ricovero (elevati a 180 giorni in caso di neoplasie maligne).**
- E. per assistenza infermieristica privata, durante il Ricovero e nei 120 giorni successivi al Ricovero presso il domicilio dell'Assicurato, sino alla concorrenza di € 3.000, elevato a € 4.500 in caso di trapianto di organo o di Intervento chirurgico per**

neoplasie maligne.

La garanzia è operante a condizione che il personale infermieristico sia professionalmente abilitato.

- E. per trasporto dell'Assicurato per il Ricovero con uso di qualsiasi mezzo sanitario in Italia ed all'estero per accedere all'Istituto di cura, per il trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e per il rientro al domicilio.**
Limitatamente ai Ricoveri all'estero per Interventi rientranti nell' "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" (All. 1), la garanzia è valida anche per le spese di viaggio, debitamente documentate, sostenute da un accompagnatore.
Non si considerano stati esteri lo Stato della Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.
La garanzia è prestata sino alla concorrenza di € 4.000.

1A.2. Prestazioni speciali della garanzia

1A. 2.1 Intervento chirurgico ambulatoriale

In caso di Intervento chirurgico ambulatoriale la Compagnia rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato, **previste all'art. 1.A.1. lettere A), B), C), D), E) ed F)**

1A. 2.2 Parto o aborto

In caso di Ricovero per parto con taglio cesareo, per aborto spontaneo o terapeutico o post-traumatico, la Compagnia

rimborso, sino alla concorrenza di € 7.000, le spese sostenute dall'Assicurato, previste all'art.

1.A.1. lettere B), C), D), E).

In caso di parto senza taglio cesareo, anche se avvenuto a domicilio, l'Assicurazione vale per il rimborso, sino alla concorrenza di € 3.000, delle spese sostenute dall'Assicurato, previste all'art.

1.A.1. lettera B) nonché le spese per assistenza medica per i primi 5 giorni successivi al parto domiciliare.

1A. 2.3 Trapianti

Qualora l'Assicurato sia donatore vivente, in caso di trapianto di organi o parte di essi, la Compagnia rimborsa le spese previste all'art. 1.A.1. lettera A), B), C), D).

In caso di trapianto effettuato sull'Assicurato, sono anche comprese le spese di Ricovero del donatore vivente per il prelievo previste all'art. 1.A.1. lettera B) e in ogni caso le spese per il trasporto di organi o parte di essi.

1A 2.4. Chirurgia plastica, estetica e stomatologica ricostruttiva

A parziale deroga delle lettere l) e q) - Art. 7 "Rischi esclusi dall'Assicurazione" delle Sezione III - Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'assicurazione, la Compagnia rimborsa anche le spese per **interventi di chirurgia plastica, estetica e stomatologica ricostruttiva** sempreché siano conseguenti a neoplasie maligne o infortunio documentato da referto di pronto soccorso.

1A.3. Limiti di Rimborso

La garanzia come descritta all'art.

1.A.1. è operante sino alla concorrenza di € 500.000, complessivamente per uno o più Interventi avvenuti nello stesso periodo assicurativo annuo per ciascuna persona Assicurata e, comunque, per uno o più Interventi dipendenti dalla stessa Malattia o dal medesimo Infortunio

1A.4 Prestazione alternativa

In alternativa al rimborso delle spese di Ricovero di cui all'art. 1.A.1. lettera B), o nel caso in cui l'Assicurato non abbia per esso sostenuto spese, l'Assicurato stesso può optare per la corresponsione di una indennità pari, per ciascun giorno di ricovero, a € 200 per un massimo di 90 giorni. La giornata di entrata e quella di uscita dall' Istituto di cura sono considerate come una unica giornata, qualunque sia l'ora del Ricovero e quella della dimissione.

1B. Intervento chirurgico con scoperto

1B.1 Prestazioni della garanzia

La garanzia opera per il Ricovero con Intervento chirurgico nei termini di cui all'art. 1A.1. precedente, **previa detrazione di uno Scoperto del 20% dell'importo delle spese stesse.** Tale Scoperto non verrà applicato in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati.

1B.2. Prestazioni speciali della garanzia

La garanzia opera nei termini di quanto previsto all'art. 1A.2. precedente, **previa la detrazione di uno Scoperto del 20%**

dell'importo delle spese stesse. Tale Scoperto non verrà applicato in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati.

1B.3. Limiti di Rimborso

La garanzia prestata è operante sino alla concorrenza di € 200.000, complessivamente per uno o più Interventi avvenuti nello stesso periodo assicurativo annuo per ciascuna persona Assicurata e, comunque, per uno o più Interventi dipendenti dalla stessa Malattia o dal medesimo Infortunio.

1B.4 Prestazione alternativa

La 'prestazione alternativa' è operante negli stessi termini di cui all'art. 1A.4 precedente. **L'indennità corrisposta è pari, per ciascun giorno di Ricovero, a € 200 per un massimo di 90 giorni..**

2. GARANZIE AGGIUNTIVE

La garanzia di cui all'art. 2A è prestata solo in abbinamento alla 'garanzia 1A' o alla 'garanzia 1B'

2A. Alta Diagnostica

2A.1. Prestazioni della garanzia

Nel caso di prestazione sanitaria al di fuori o indipendente da un ricovero la Compagnia rimborsa le spese sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio per:

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto endovenoso
- Risonanza magnetica nucleare (RMN)
- TAC

- Medicina nucleare diagnostica con utilizzo di radioisotopi per via endovenosa (scintigrafie, Pet)
- Angiografia e Coronarografia
- Ecocolordoppler
- ECG da sforzo
- Ecografia transviscerale, transesofagea, intravascolare e endocavitaria
- Ecocardiografia
- Esami Endoscopici a scopo diagnostico

Sono esclusi dall'assicurazione tutti gli accertamenti non causalmente ricollegabili a stato di malattia o infortunio.

2A. 2. Limiti di rimborso

La garanzia come descritta all'art. 2A.1 è operante fino alla concorrenza di € 2.500, complessivamente per uno o più Sinistri avvenuti nello stesso periodo assicurativo annuo.

2A. 3. Scoperto specifico

La Compagnia rimborsa le spese indennizzabili ai sensi degli artt. 2A.1 e 2A.2 previa detrazione di uno Scoperto del 20% delle spese stesse, con il minimo di Euro 50,00 per ciascun Evento, per accertamenti relativi ad una stessa patologia.

Lo Scoperto non si applica ai ticket per l'utilizzo del SSN.

2B. Visite specialistiche ed esami
La garanzia di cui all'art. 2B è prestata solo in abbinamento alla garanzia 2A

2B.1. Prestazioni della garanzia

Nel caso di prestazione sanitaria al di fuori o indipendente da un

Ricovero la Compagnia rimborsa le spese sanitarie rese necessarie da Malattia o Infortunio per: esami, accertamenti diagnostici, visite specialistiche.

Sono esclusi dall'Assicurazione le visite pediatriche nonché le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici ed ortodontici.

Sono esclusi dall'Assicurazione i check up e, in generale, tutti gli accertamenti non causalmente ricollegabili a stato di Malattia o Infortunio.

2B. 2. Limiti di rimborso

La garanzia prestata all'art. 2B.1 è operante fino alla concorrenza di € 2.000, complessivamente per uno o più Sinistri avvenuti nello stesso periodo di assicurazione annuo.

2B. 3. Scoperto specifico

La Compagnia rimborsa le spese indennizzabili nei termini degli artt. 2B.1 e 2B.2 previa detrazione di uno Scoperto del 20% delle spese stesse, con il minimo di Euro 50,00 per ciascun Evento, per accertamenti relativi ad una stessa patologia.

Lo Scoperto non si applica ai ticket per l'utilizzo del SSN.

3. RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Le garanzie di cui all'art. 3 sono prestate solo se operanti entrambe le Garanzie aggiuntive 2.A e 2.B.

3A. Ricovero senza Intervento chirurgico senza Scoperto

3A. 1. Prestazioni della garanzia

In caso di Ricovero senza Intervento chirurgico - reso necessario a seguito di Malattia o Infortunio - che si sia protratto ininterrottamente per almeno 2 pernottamenti, la Compagnia rimborsa le seguenti spese sostenute dall'Assicurato:

- A) nei 120 giorni precedenti l'inizio del Ricovero per: esami, accertamenti diagnostici e visite mediche specialistiche, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che ha determinato il successivo Ricovero;
- B) durante il Ricovero per:
- rette di degenza, prestazioni mediche, consulti, cure mediche, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
 - rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, sino alla concorrenza di € 3.000.

Queste spese vengono rimborsate per un massimo di 360 giorni, complessivamente per uno o più Ricoveri resi necessari dalla stessa Malattia o dello stesso Infortunio.

C) nei 120 giorni successivi al Ricovero, elevati a 180 giorni in caso di neoplasie maligne, per:

- esami, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche ambulatoriali o eseguiti in regime di day hospital;
- medicinali;
- cure termali (escluse le spese

di natura alberghiera) sino alla concorrenza di **€ 1.500**; purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero.

D) per Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, anche se effettuati in regime di Ricovero, purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero e sempre che vengano effettuati da personale professionalmente abilitato. I Trattamenti sono rimborsati sino alla concorrenza di **€ 1.500**, purché effettuati entro i 120 giorni successivi al Ricovero (elevati a 180 giorni in caso di neoplasie maligne).

E) per assistenza infermieristica privata, durante il Ricovero e nei 120 giorni successivi al Ricovero presso il domicilio dell'Assicurato, sino alla concorrenza di **€ 3.000**, elevato a **€ 4.500** in caso di neoplasie maligne.

La presente garanzia è operante a condizione che il personale infermieristico sia professionalmente abilitato.

F) per trasporto dell'Assicurato per il Ricovero con uso di qualsiasi mezzo sanitario in Italia ed all'estero per accedere all'Istituto di cura, per il trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e per il rientro al domicilio. La presente garanzia è prestata sino alla concorrenza di **€ 4.000**.

3A.2. Terapie oncologiche

Sono comprese in garanzia le spese sostenute per chemioterapia

oncologica e radioterapia antitumorale, effettuate sia ambulatorialmente che in regime di day hospital.

3A.3. Limiti di rimborso

La Compagnia assicura il rimborso delle spese incluse nella presente garanzia come descritta agli artt. 3A.1 e 3A.2, sino alla concorrenza di **€ 500.000**, complessivamente per uno o più Ricoveri senza Intervento chirurgico avvenuti nello stesso periodo assicurativo annuo per ciascuna persona Assicurata e comunque per uno o più Ricoveri senza Intervento chirurgico dipendenti dalla stessa Malattia o dal medesimo Infortunio.

3A.4. Prestazione alternativa

In alternativa al rimborso delle spese di Ricovero di cui all'art. 3A.1 lettera B), o nel caso in cui l'Assicurato non abbia per esso sostenuto spese, l'Assicurato stesso può optare per la corresponsione per ciascun giorno di Ricovero di una indennità pari a **€ 200 al giorno per un massimo di 90 giorni**. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate come una unica giornata, qualunque sia l'ora del Ricovero e quella della dimissione.

3B. Ricovero senza Intervento chirurgico con Scoperto

3B.1 Prestazioni della garanzia

La garanzia opera per il Ricovero senza Intervento chirurgico nei termini di cui agli artt. 3A.1 e 3A.2, **previa detrazione di uno Scoperto del 20% dell'importo**

delle spese stesse. Tale Scoperto non verrà applicato in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati.

3B.2. Limiti di rimborso

La Compagnia assicura il rimborso delle spese incluse nella presente garanzia come descritta all'art. 3B.1, sino alla concorrenza di **€ 200.000**, complessivamente per uno o più Ricoveri senza Intervento chirurgico avvenuti nello stesso periodo assicurativo annuo per ciascuna persona Assicurata e comunque per uno o più Ricoveri senza Intervento chirurgico dipendenti dalla stessa Malattia o dal medesimo Infortunio.

3B.3. Prestazione alternativa

La 'prestazione alternativa' è operante negli stessi termini di cui all'art. 3A.4

4. PRESTAZIONE ACCESSORIE

Le seguenti Prestazioni Accessorie sono valide qualora risultino prestate in Polizza tutte le Garanzie: Garanzia 1A (o 1B)+ Garanzia Aggiuntiva 2A + Garanzia Aggiuntiva 2B + Garanzia 3A (o 3B).

4.1. Complicazioni patologiche per interruzione volontaria della gravidanza

In caso di Ricovero per sopravvenute complicazioni a seguito di interruzione volontaria della gravidanza esclusivamente se effettuata in Italia, presso un Istituto di cura pubblico e nel rispetto della normativa di legge in vigore, la Compagnia corrisponde,

a decorrere dal terzo giorno di Ricovero e per un massimo di dieci giorni, una indennità per ogni giorno di Ricovero pari a € 200.

4.2. Cure figli neonati ed adottati

Nel caso in cui risultino Assicurati entrambi i genitori, la Compagnia assicura il rimborso delle spese sanitarie sostenute durante il Ricovero, a seguito di Infortunio o Malattia, del figlio neonato o del minore in affidamento preadottivo (senza necessità di indicazione in Polizza). La garanzia è prestata esclusivamente per i primi 6 mesi di vita o di affidamento ed è operante a condizione che il parto o l'affidamento siano avvenuti trascorsi 360 giorni dalla data di effetto della Polizza.

Relativamente al solo neonato, a parziale deroga della lettera r) Art. 7 "Rischi esclusi dall'Assicurazione" delle Sezione III - Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'Assicurazione, sono comprese in garanzia le spese sanitarie relative a Ricoveri per interventi di correzione o eliminazione di Malformazioni congenite.

La Compagnia rimborsa le spese sostenute a termini di Polizza sino alla concorrenza di € 32.000. In caso sia prestata in Polizza la garanzia 1B, la Compagnia applicherà uno Scoperto del 20% sull'importo delle spese stesse per Sinistro. Tale Scoperto non verrà applicato in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati.

4.3. Terapie mediche a seguito di Infortunio in assenza di Ricovero

La Compagnia rimborsa le spese sanitarie sostenute, **indipendentemente dal Ricovero**, per:

- a. cure mediche (esclusi i medicinali e i tutori preconfezionati), gessatura, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- b. cure dentarie (escluse le protesi), a parziale deroga della lettera q) Art. 7 "Rischi esclusi dall'Assicurazione" delle Sezione III - Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'Assicurazione, a condizione che siano causalmente ricollegate all'attuazione di terapie prescritte da un medico a seguito di Infortunio documentato da referto di Pronto soccorso o da adeguata documentazione strumentale (radiografica o fotografica).

La presente garanzia è operante fino alla concorrenza di € 2.500, complessivamente per uno o più Sinistri avvenuti nello stesso periodo di Assicurazione annuo e per ciascun Assicurato e con l'applicazione di uno Scoperto del 20% per Sinistro.

5. SPESE ODONTOIATRICHE

5.1 Prestazioni della garanzia

La Compagnia assicura, a seguito di Malattia e/o Infortunio, il rimborso delle spese sanitarie odontoiatriche sostenute dall'Assicurato limitatamente alle prestazioni elencate nel

Tariffario allegato come da opzione indicata sulla scheda di Polizza, tra quelle previste in Polizza (BASE - PLUS - COMPLETO - EXTRA) ed entro i limiti ivi previsti. Il rimborso per ciascuna prestazione avverrà fino a concorrenza dell'importo delle spese sostenute, previa presentazione della relativa fattura in originale e con il limite massimo dell'importo indicato nello stesso Tariffario.

Le prestazioni sono suddivise secondo i seguenti Livelli di assistenza:

- a. Igiene e prevenzione;
- b. Cure di 1° livello;
- c. Cure di 2° livello;
- d. Cure di 3° livello.

L'Assicurato che necessiti di una prestazione odontoiatrica potrà rivolgersi direttamente ad uno degli Studi Odontoiatrici convenzionati con il Network, usufruendo di condizioni privilegiate in termini di costi e di modalità di pagamento (forma Diretta) oppure rivolgersi al proprio medico odontoiatra di fiducia (forma Indiretta).

5.1.1 Visita odontoiatrica annuale di controllo e prevenzione

L'Assicurato avrà diritto ogni anno ad una visita odontoiatrica di controllo e prevenzione (prestazione 02, comprensiva delle prestazioni 07 o 08, del Tariffario allegato; inoltre, per ciascun Assicurato con età inferiore a 13 anni, è anche prevista la sigillatura dei solchi per elemento (prestazione 09), purché avvenga una sola volta nell'arco temporale di validità della Polizza.

5.2. Carenze e percentuali di rimborso progressive

La garanzia decorre:

- per gli infortuni e l'igiene e prevenzione dal giorno in cui ha effetto l'Assicurazione,
- per le cure di I livello: carenza di 3 mesi, da 3 a 6 mesi con il limite del 50% dell'importo rimborsabile, oltre i 6 mesi rimborso integrale;
- per le cure di II livello: carenza di 3 mesi, da 3 a 6 mesi con il limite del 30% dell'importo rimborsabile, da 6 a 12 mesi con il limite del 60% dell'importo rimborsabile, oltre i 12 mesi rimborso integrale;
- per le cure di III livello: carenza di 6 mesi, da 6 a 12 mesi con il limite del 30% dell'importo rimborsabile, da 12 a 24 mesi con il limite del 60% dell'importo rimborsabile, oltre i 24 mesi rimborso integrale.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza, stipulata con la Compagnia per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assicurato e le stesse garanzie, i termini di Carenza di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la Polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente Assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

Quanto sopra vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

6. DIARIA DA RICOVERO

6.1 Prestazioni della garanzia

La garanzia prevede la liquidazione dell'indennità giornaliera pattuita in Polizza, per ciascun giorno di Ricovero in Istituto di Cura (pubblico o privato), e per la durata massima di 300 giorni per Evento.

Il giorno di entrata e quello di dimissione dall'Istituto di Cura verranno entrambi considerati giornate di Ricovero.

L'assicurazione vale per Malattia, Infortunio e nei casi di trapianto di organi. La garanzia vale, inoltre, per il parto non cesareo e le fratture ossee documentate, nei limiti di seguito elencati.

✓ **Parto non cesareo.**

In caso di parto non cesareo l'indennità garantita viene corrisposta **fino ad un massimo di 7 giorni di Ricovero per Evento.**

✓ **Gesso e frattura ossea.**

In caso di:

1. Ricovero a seguito di Malattia che richieda sia due pernottamenti consecutivi presso Istituto di Cura, sia l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile dal paziente, la Compagnia liquida l'indennità pattuita per il Ricovero fino alla data di rimozione del mezzo, con il massimo di 60 giorni per Sinistro;

2. **frattura ossea documentata**, la Compagnia liquida l'indennità pattuita per il Ricovero:

- nel caso di applicazione di mezzo di contenzione inamovibile dal paziente e tendente all'immobilizzazione della parte, sino alla data di rimozione del mezzo, con il massimo di 60 giorni per Sinistro;
- negli altri casi di frattura, nei quali non è necessario applicare il mezzo di contenzione con le caratteristiche esposte al punto precedente, sarà riconosciuto un importo pari all'indennità di Ricovero, per ogni giorno di inabilità temporanea totale, con il massimo di 30 giorni per Sinistro.

La diaria da gesso e frattura ossea non è cumulabile con la diaria da Ricovero.

6.2 Prestazioni accessorie

6.2.1. Convalescenza

In caso di Convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di Cura, la Compagnia corrisponde una diaria di Euro 100 al giorno, fino ad un massimo di giorni pari alla durata del Ricovero e, comunque, non superiore a 20 giorni. La Convalescenza deve essere prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante.

Per gli Interventi chirurgici effettuati in ambulatorio, la Compagnia corrisponde

un'indennità pari ad un giorno di Ricovero dell'importo della diaria indicato in Polizza.

6.2.2. Copertura gratuita per neonato

I neonati, la cui madre sia assicurata con la Polizza, sono gratuitamente Assicurati per identiche somme previste per la madre al momento della loro

nascita, per il tempo che decorre da tale momento alle ore 24 del 60° giorno successivo, o fino alla scadenza di Polizza se precedente.

In questo periodo, a parziale deroga della lettera r) Art. 7 "Rischi esclusi dall'Assicurazione" delle Sezione III - Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'Assicurazione, sono compresi

anche i Ricoveri per interventi relativi alla eliminazione o correzione di Malformazioni congenite.

La copertura assicurativa non vale per la cura dell'ittero neonatale.

L'indennità di Ricovero non sarà riconosciuta per Ricoveri del neonato in assenza di patologia accertata.



ZURICH®

Sezione III –

Esclusioni contrattuali e delimitazioni dell'Assicurazione

7. RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

Esclusioni comuni a tutte le
Sezioni di garanzia

L'Assicurazione non è operante in
caso di:

- a) Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o da atti contro la sua persona da lui stesso volontariamente compiuti o per i quali abbia prestato consenso;
- b) le intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), allucinogeni, e simili e comunque conseguenti all'utilizzo volontario da parte dell'Assicurato di sostanze dannose;
- c) gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- d) gli Infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- e) gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, sport aerei, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli, moto o natanti a motore;
- f) gli Infortuni derivanti da gare sportive professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- g) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- h) le conseguenze di guerra, insurrezioni, occupazione militare, invasione, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente; la garanzia è invece operante per le conseguenze di Infortuni derivanti da guerra anche civile, insurrezione, invasione, occupazione militare che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità sempreché l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso da tali eventi mentre già si trovava all'estero.
- i) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
- j) gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari (reazioni, contaminazioni, radiazioni, ecc),
- k) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche e terremoti
- l) le applicazioni di carattere estetico;
- m) i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di sindromi organico cerebrali, degenerazioni cerebrali, malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- n) tutte le spese di natura alberghiera (quali ad esempio spese per il telefono, la televisione, ecc.)
- o) degenze e prestazioni necessarie per avere assistenza di terzi nell'effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, quando l'Assicurato non sia più autosufficiente o necessiti di misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento permanente.
- p) aborto volontario, salvo quanto previsto dall'art. 2, punto 2.A.2;
- q) gli Interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi:
 - i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
 - ii) a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio;
 - iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi per tumori maligni;
- r) gli accertamenti e le cure dentarie e paradentarie e le protesi dentarie, salvo che siano resi necessari da Infortunio o risulti richiamata la sezione

- Spese Odontoiatriche
- s) cure ed Interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelle relative a bambini di età inferiore a tre anni Assicurati dalla nascita;
 - t) cure omeopatiche ed omeopatia in genere;
 - u) trattamenti di medicina alternativa;
 - v) ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
 - w) tutte le procedure, accertamenti ed Interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita o alla cura della sterilità e/o dell'impotenza;
 - x) gli Interventi e le cure di miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia o comunque per la correzione del visus;
 - y) la Chirurgia Bariatrica;
 - z) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 8/11/91 pubblicato sulla G.U. 262 e s.m. ed i.) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
 - aa) le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche;
 - bb) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;
 - cc) cure ed interventi relativi alla

sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);

- dd) cure ed interventi finalizzati al cambio di sesso.

Esclusioni specifiche per le spese odontoiatriche

Sono esclusi dall'Assicurazione, limitatamente al rimborso delle spese odontoiatriche, oltre a quelle di cui al capo che precede:

- a) le prestazioni sanitarie non effettuate da medici regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- b) tutte le prestazioni non comprese nel Tariffario;
- c) le procedure di ricostruzione o splintaggio utilizzate per incrementare la dimensione verticale, ristabilire l'occlusione, sostituire o stabilizzare la struttura del dente persa a causa di attrito;
- d) le procedure sperimentali o che non siano riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche;
- e) le lesioni dentarie da infortunio durante la pratica di sport per i quali è previsto l'utilizzo del paradenti (ad esempio: boxe, rugby, hockey);
- f) la sostituzione di protesi complete o parziali rimovibili a causa di rottura mentre non in uso o perse o rubate;
- g) le estrazioni di denti decidui (da latte);
- h) le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di

essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che rimovibile;

- i) i trattamenti ortodontici associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o seguano l'intervento chirurgico;
- j) i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca.

8. PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Compagnia **non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione qualora al momento della stipulazione del contratto fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da insulinodipendenza, dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - psicofarmaci) o da sieropositività HIV o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, forme maniaco-depressive o disturbi paranoici**, resta inteso che, **al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione cessa in data coincidente con quella della manifestazione - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile.** La cessazione dell'Assicurazione in corso comporta l'obbligo per la

Compagnia - a parziale deroga dell'art. 1898 del Codice Civile - di rimborsare al Contraente la parte di Premio pagato e non goduto, relativa al periodo successivo alla comunicazione da parte del Contraente, o comunque all'accertamento da parte della Compagnia, delle sopravvenute cause di non assicurabilità.

9. LIMITI D'ETÀ

Non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino l'80° anno di età.

10. PERIODI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- per gli Infortuni dal momento in cui ha effetto l'Assicurazione;

- per le Malattie, dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione (incluso l'aborto e le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'Assicurazione);
- per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'Assicurazione purché dichiarati alla Compagnia all'atto stesso della stipulazione della Polizza e salva diversa pattuizione, dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione;
- per le patologie varicose e per il parto, dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione.

Per l'aborto e per le Malattie dipendenti da gravidanza o

puerperio, la garanzia è valida - con il termine di Aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'Assicurazione.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza riguardante gli stessi Assicurati, i termini di Aspettativa sopra menzionati sono validi:

- dal giorno in cui aveva effetto la Polizza sostituita, per le prestazioni e i Massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente Assicurazione, decorsi i termini di Aspettativa, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Quanto sopra vale anche in caso di variazioni intervenute nel corso di validità di uno stesso contratto.

Sezione IV – In caso di Sinistro

11. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Il Sinistro deve essere denunciato dal Contraente/Assicurato o dai suoi aventi diritto a New Med S.p.A. non appena ne abbiano la possibilità. **L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.**

L'Assicurato deve fornire, direttamente o tramite la struttura convenzionata che ha erogato la prestazione, la documentazione medica sulla natura della patologia che ha dato luogo alla prestazione. Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal francese e dal tedesco deve essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione restano a carico del Contraente/Assicurato. L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso. Limitatamente alla copertura delle spese odontoiatriche, ai fini del riconoscimento del rimborso la Compagnia, oltre all'esame della documentazione richiesta e presentata dall'Assicurato, si riserva il diritto di richiedere: eventuale ulteriore

documentazione medica; esecuzione di visita medica di controllo presso uno studio convenzionato con il Network, diverso da quello del medico odontoiatra che ha eseguito le cure.

12. MODALITÀ DI PAGAMENTO

La Compagnia indennizza l'Assicurato nel seguente modo:

12.1. Pagamento Indiretto – Rimborso all'Assicurato

La Compagnia indennizza a cura ultimata, con la presentazione in originale delle fatture o notule debitamente quietanzate, nonché accompagnate da:

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- 2) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale e garanzie Extraospedaliere;
- 3) referto del Pronto Soccorso, correlato da fotografie, immagini radiografiche, e altra documentazione eventualmente richiesta dalla Compagnia, in caso di Infortunio.

Per le spese odontoiatriche l'Assicurato deve inviare il modulo di richiesta rimborso spese

odontoiatriche, cui devono essere allegati i documenti di spesa quietanzati e con il previsto bollo di tassa pagata (non sono ammesse fatture di odontotecnici o di odontoprotesisti), unitamente alla Scheda di fine cura compilata a cura del medico odontoiatra e dell'Assicurato stesso. La documentazione originale andrà inviata a

**Newmed S.p.A.,
Corso Indipendenza 6,
20129, Milano**

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato e il rimborso avviene in favore dell'Assicurato. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte ed effettuate da medico, corredate dalla relativa diagnosi (definizione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico o da medico specialista. Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa unitamente al modulo di richiesta di rimborso⁽¹⁾, opportunamente predisposto.

12.2 Pagamento in forma diretta

Il pagamento in Forma Diretta avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assicurato si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto

(1) Il modulo per la richiesta di rimborso è allegato (n° 4) alla fine di queste condizioni contrattuali ed è scaricabile dal sito www.newmed.net

autorizzazione alla Compagnia con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi ⁽²⁾. Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

Quanto suddetto vale anche per le prestazioni Extraospedaliere a condizione che la spesa preventivata sia pari o superiore a Euro 1.000,00. Limitatamente al rimborso delle spese odontoiatriche, il pagamento in Forma Diretta è previsto **solo in caso di importi uguali o superiori a Euro 200,00.**

In caso di pagamento in Forma Mista, l'Assicurato deve inviare il preventivo delle spese relative alla parte non convenzionata.

La Compagnia effettua il pagamento in Forma Diretta delle spese indennizzabili a termini di Polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Compagnia di Servizi Newmed S.p.A. con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Restano a carico dell'Assicurato le sole franchigie e scoperti eventualmente previsti in Polizza nonché le prestazioni non garantite dalle convenzione suddetta.

La Compagnia mette a disposizione il Customer Care Center di Newmed per la richiesta di informazioni relative sia agli Istituti e Medici convenzionati che agli ambiti e la portata delle

garanzie prestate con le varie convenzioni e per il supporto medico.

Il Customer Care Center è accessibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 ed il sabato dalle ore 8:00 alle ore 12:00 al seguente numero verde:

800.91.62.65⁽³⁾

e attraverso il seguente indirizzo di posta elettronica:

info@newmed.net

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito

www.newmed.net

In ogni caso (pagamento in forma Diretta ed Indiretta) gli originali delle notule, distinte e ricevute verranno restituiti agli Assicurati con posta ordinaria o tramite l'Intermediario.

12.3 Rimborso spese odontoiatriche, trattamenti di lunga durata e/o costo elevato

Per i trattamenti odontoiatrici di lunga durata (maggiore di 1 anno), e comunque per tutti i trattamenti in cui il preventivo di spesa sia superiore a € 1.000,00, i rimborsi, nei limiti previsti dal tariffario, sono ammessi a condizione che prima dell'inizio del trattamento venga presentata alla Compagnia la seguente documentazione:

- certificazione medica di inizio cura, con piano di trattamento dettagliato delle prestazioni da eseguire, redatto dal medico odontoiatra utilizzando la Scheda di inizio e fine cura;
- preventivo di spesa;
- durata presunta della cura.

Annualmente, per ottenere il rimborso previsto dal Tariffario, l'Assicurato deve presentare il Piano di Trattamento con l'indicazione completa di: prestazioni eseguite durante l'anno, date di esecuzione, aggiornamento del trattamento rispetto al piano delle cure presentato inizialmente. Inoltre, deve essere presentata la fattura in originale della spesa sostenuta nell'anno stesso.

Al termine della cura, l'Assicurato deve presentare alla Compagnia la certificazione di fine cura, compilata dal medico odontoiatra, che indicherà, inoltre, le eventuali variazioni rispetto al piano delle cure presentato inizialmente.

12.4 Valuta di pagamento

Le indennità e i rimborsi vengono corrisposti in Italia in Euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non appartenenti all'Unione Europea o appartenenti alla stessa ma che non abbiano adottato l'Euro come valuta, il rimborso viene calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui sono state sostenute le spese.

(2) Il modulo per la richiesta di autorizzazione alla presa di carico diretta è allegato (n° 5) alla fine di queste condizioni contrattuali ed è scaricabile dal sito www.newmed.net.

(3) il numero verde è raggiungibile da rete fissa. Per chiamare da rete mobile occorre contattare il numero 02.74204252, il costo della chiamata dipende dal piano tariffario del proprio operatore.

Allegato 1 - Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Cardiochirurgia

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma cardiaco o coronarico, infarto, tumore).
- Sutura del cuore per ferite
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo .
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Impianto o sostituzione di Pace-maker epicardico o defibrillatore automatico (AICD) per via toracotomica.
- Interventi su strutture adiacenti alle valvole cardiache (muscoli papillari, corde tendinee)
- Interventi in cardioplegia con circolazione extracorporea

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi : carotidi, vertebrali, succlavie, tronco brachio-cefalico, renali, celiaca, iliache.
- Tromboendarteriectomia aorto-iliaca.
- Interventi di resezione arteriosa con plastica vasale per ferita.
- Intervento di interruzione della vena cava

Neurochirurgia

- Craniotomia per ematoma extradurale, ascesso epidurale o lesioni traumatiche intracerebrali.
- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari o per traumi vertebromidollari.
- Interventi di riparazione e plastica sul midollo spinale per patologie congenite (spina bifida, difetto arco vertebrale)
- Interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi per traumi cranio-cerebrali o vertebro-midollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi per tumori orbitali.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi esulla ghiandola pineale
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Interventi per encefalomeningocele o mielomeningocele.
- Rizotomia e microdecompressione chirurgica intracranica.
- Decompressione delle radici del trigemino
- Interventi sul talamo e sul globo pallido

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Pleurectomia con linfadenectomia
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Ricostruzione tracheale e costruzione di laringe artificiale
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.
- Mastectomia radicale con contemporanea ricostruzione con protesi

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Resezione gastrica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Resezione epatica.
- Anastomosi bilio-digestive
- Pancreatectomia parziale o totale.
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Resezione retto-colica per via anteriore.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretore.
- Occlusione intestinale del neonato.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Correzione di deformità del torace (torace a imbuto, torace carenato).

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia compresa ricostruzione e plastica.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia radicale per tumori maligni.
- Obliterazione ed asportazione totale della vagina

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artroprotesi totale di gomito
- Artroprotesi totale di spalla
- Artroprotesi totale della tibiotarsica
- Artroprotesi totale del polso
- Asportazione di tumori ossei colonna vertebrale
- Lussazione e/o frattura di colonna vertebrale, riduzione e stabilizzazione
- Stenosi vertebrale lombare, liberazione e stabilizzazione
- Scoliosi, correzione chirurgica
- Artrodesi vertebrali per via anteriore o posteriore.
- Disarticolazione interscapolo-toracica.
- Emipelvectomy ed amputazione addomino-pelvica
- Reimpianto segmenti corporei
- Interventi per rimozione e contemporaneo reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio
- Allungamento arti con impianti esterni
- Asportazione del disco intervertebrale per via anteriore (per ernia).
- Intervento di ricostruzione del pollice

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del

cavo oro-faringeo per tumori maligni.

- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Laringectomia radicale
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.
- Ricostruzione della catena ossiculare.
- Interventi sulle rocche petrose dell'osso temporale

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia radicale.
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculetomia o uteroannessiectomia con uretero sigmoidostomia o ureterocutaneostomia o altra ricostruzione o plastica vescicole.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Intervento per fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica.
- Intraperitoneizzazione dell'uretere per patologia retroperitoneale
- Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia
- HIFU per carcinoma della prostata
- Inserzione o reinserzione di protesi peniena per neoplasia maligna
- Surrenalectomia.

Trapianti d'organo

- Tutti.

Allegato 2 - Tariffario cure dentarie

Tariffario in base alle opzioni previste in polizza di seguito indicate: **BASE - PLUS - COMPLETO - EXTRA**

BASE

A - IGIENE E PREVENZIONE

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino a 13 anni di età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta

B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	1 ogni 12 mesi
14	Estrazione di dente o radice	80,00		1 ogni 12 mesi
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	1 ogni 12 mesi
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		1 volta ogni 36 mesi

PLUS

A - IGIENE E PREVENZIONE

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino a 13 anni di età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta

B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	1 ogni 12 mesi
14	Estrazione di dente o radice	80,00		1 ogni 12 mesi
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	1 ogni 12 mesi
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		1 volta ogni 36 mesi

C - CURE DI II° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
05	Ortopantomografia	35,00	Esclude il codice 08	1 ogni 12 mesi
10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	2 ogni 12 mesi
48	Rizectomia - per elemento	130,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	300,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
17	Rizotomia e relative endorali	120,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia incisione di ascesso asportazione di epulide o cisti mucose - opercolotomia - intervento chirurgico preprotetico) e relative endorali	120,00	Comprovata da rx o foto digitale endorale	2 ogni 12 mesi
40	Placca occlusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 volta ogni 24 mesi
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	1 sola volta
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	1 sola volta

COMPLETO

A - IGIENE E PREVENZIONE

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino a 13 anni di età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta

B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	1 ogni 12 mesi
14	Estrazione di dente o radice	80,00		1 ogni 12 mesi
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	1 ogni 12 mesi
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		1 volta ogni 36 mesi

C - CURE DI II° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
05	Ortopantomografia	35,00	Esclude il codice 08	1 ogni 12 mesi
10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	2 ogni 12 mesi
48	Rizectomia - per elemento	130,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	300,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
17	Rizotomia e relative endorali	120,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia incisione di ascesso asportazione di epulide o cisti mucose - opercolotomia - intervento chirurgico preprotetico) e relative endorali	120,00	Comprovata da rx o foto digitale endorale	2 ogni 12 mesi
40	Placca oclusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 volta ogni 24 mesi
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	1 sola volta
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	1 sola volta

D - CURE DI III° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
51	Ritrattamento endodontico un canale	150,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
52	Ritrattamento endodontico a due canali	200,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
53	Ritrattamento endodontico a tre o quattro canali	250,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
54	Perno endocanalare prefabbricato in grafite o zirconio per ricostruzione coronale	50,00	1 solo perno per elemento, indipendentemente dal numero delle radici. Comprovato da rx	2 ogni 12 mesi
04	Fotografia digitale endorale	8,00	Solo ove richiesta	In numero massimo di 2 per prestazione (prima e dopo)
12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per semiarcata)	150,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 49	1 ogni 12 mesi
49	Chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per semiarcata)	250,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 12	1 ogni 5 anni
13	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	260,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	1 ogni 5 anni
47	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) con membrana (per semiarcata)	350,00		

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
20	Intarsi in LP o LNP- ceramici Inlay e Onlay per elemento	350,00		2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
27	Impianto osteointegrato per elemento	800,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica. Compresa eventuale DIMA	3 ogni 12 mesi. Non più ripetibili sullo stesso elemento
55	Mini impianti compresi attacchi di precisione per elemento	500,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	
56	Pilastro (abutment) o moncone o attacco per protesi rimovibili - per singolo impianto	350,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	3 ogni 12 mesi. Non più ripetibili sullo stesso elemento
57	Rialzo del pavimento del seno mascellare	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Esclude codici 13 e 47 su arcata superiore	1 sola volta
58	Distrazione osteo-alveolare per semiarcata	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Comprovata da foto digitale. Esclude codici 13 e 47	1 sola volta

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
28	Corona provvisoria fissa in resina dura - per elemento	50,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
59	Corona provvisoria armata per elemento	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	
29	Perno endocanalare fuso, su misura, qualsiasi materiale per elemento	250,00	Compresa ev. cappetta. Richiesta certificazione del laboratorio	2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
30	Corona o elemento in oro-resina, LNP e composito o ceramica, compreso eventuale fresaggio per elemento	450,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento
31	Corona o faccette ceramica integrale (LP, GALVANICA, ZIRCONIO, TITANIO) per elemento	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
32	Attacco di precisione	200,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento
33	Rifacimento in ceramica su struttura di elemento fisso	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
34	Protesi mobile parziale provvisoria in resina di un elemento compresi i ganci	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
35	Per ogni elemento in più	60,00	,Solo correlata a 34. Fino ad un massimo di 5 elementi. Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
60	Protesi totale immediata per arcata (provvisoria)	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
36	Protesi mobile totale in resina per arcata (definitiva)	900,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
37	Scheletrato in Cro-Co-Mo o qualsiasi altro materiale	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
38	Per ogni elemento in più	70,00	Solo correlata a 37. Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
61	Ribasamento protesi mobile o rimovibile (diretto o indiretto)	250,00		1 ogni 5 anni

EXTRA

A - IGIENE E PREVENZIONE

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino a 13 anni di età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta

B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)

	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	2 ogni 12 mesi

C - CURE DI II° LIVELLO

	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
05	Ortopantomografia	35,00		2 ogni 12 mesi

D - CURE DI III° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
51	Ritrattamento endodontico un canale	150,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
52	Ritrattamento endodontico a due canali	200,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
53	Ritrattamento endodontico a tre o quattro canali	250,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
54	Perno endocanalare prefabbricato in grafite o zirconio per ricostruzione coronale	50,00	1 solo perno per elemento, indipendentemente dal numero delle radici. Comprovato da rx	2 ogni 12 mesi
04	Fotografia digitale endorale	8,00	Solo ove richiesta	In numero massimo di 2 per prestazione (prima e dopo)
12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per semiarcata)	150,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 49	1 ogni 12 mesi
49	Chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per semiarcata)	250,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 12	1 ogni 5 anni
13	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	260,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	1 ogni 5 anni
47	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) con membrana (per semiarcata)	350,00		

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
20	Intarsi in LP o LNP- ceramici Inlay e Onlay per elemento	350,00		2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
27	Impianto osteointegrato per elemento	800,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica. Compresa eventuale DIMA	3 ogni 12 mesi. Non più ripetibili sullo stesso elemento
55	Mini impianti compresi attacchi di precisione per elemento	500,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	
56	Pilastro (abutment) o moncone o attacco per protesi rimovibili - per singolo impianto	350,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	3 ogni 12 mesi. Non più ripetibili sullo stesso elemento
57	Rialzo del pavimento del seno mascellare	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Esclude codici 13 e 47 su arcata superiore	1 sola volta
58	Distrazione osteo-alveolare per semiarcata	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Comprovata da foto digitale. Esclude codici 13 e 47	1 sola volta

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
28	Corona provvisoria fissa in resina dura - per elemento	50,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
59	Corona provvisoria armata per elemento	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	
29	Perno endocanalare fuso, su misura, qualsiasi materiale per elemento	250,00	Compresa ev. cappetta. Richiesta certificazione del laboratorio	2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
30	Corona o elemento in oro-resina, LNP e composito o ceramica, compreso eventuale fresaggio per elemento	450,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento
31	Corona o faccette ceramica integrale (LP, GALVANICA, ZIRCONIO, TITANIO) per elemento	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
32	Attacco di precisione	200,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento
33	Rifacimento in ceramica su struttura di elemento fisso	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
34	Protesi mobile parziale provvisoria in resina di un elemento compresi i ganci	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
35	Per ogni elemento in più	60,00	Solo correlata a 34. Fino ad un massimo di 5 elementi. Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
60	Protesi totale immediata per arcata (provvisoria)	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
36	Protesi mobile totale in resina per arcata (definitiva)	900,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
37	Scheletrato in Cro-Co-Mo o qualsiasi altro materiale	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
38	Per ogni elemento in più	70,00	Solo correlata a 37. Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
61	Ribasamento protesi mobile o rimovibile (diretto o indiretto)	250,00		1 ogni 5 anni

**ZURICH**[®]

Allegato 3 - Tabella Coefficienti per età

FORMA BASE

Età	Intervento chirurgico	Alta diagnostica	Visite specialistiche	Ricovero senza intervento
0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
1	3,31%	1,20%	1,79%	0,00%
2	3,56%	1,79%	1,76%	3,45%
3	3,09%	1,75%	1,73%	3,33%
4	3,33%	1,72%	1,70%	3,23%
5	3,23%	1,69%	1,67%	6,25%
6	3,44%	1,67%	1,65%	2,94%
7	3,32%	1,64%	1,62%	2,86%
8	3,22%	1,61%	1,59%	2,78%
9	3,40%	1,59%	1,18%	2,70%
10	3,29%	1,56%	1,55%	2,63%
11	3,18%	1,03%	1,53%	5,13%
12	3,34%	1,52%	1,50%	2,44%
13	3,48%	1,50%	1,48%	4,76%
14	3,13%	1,48%	1,46%	2,27%
15	3,50%	1,46%	1,44%	2,22%
16	3,15%	1,44%	1,42%	4,35%
17	3,49%	1,42%	1,40%	4,17%
18	3,16%	1,40%	1,38%	2,00%
19	2,05%	1,38%	1,36%	1,96%
20	1,40%	1,36%	1,34%	1,92%
21	2,17%	1,34%	0,99%	1,89%
22	3,48%	0,88%	1,31%	3,70%
23	3,55%	1,31%	1,29%	3,57%
24	3,61%	1,29%	1,28%	3,45%
25	3,48%	1,28%	1,26%	3,33%
26	3,54%	1,26%	1,25%	3,23%
27	3,58%	1,24%	1,23%	4,69%
28	3,61%	1,23%	1,22%	2,99%
29	3,48%	1,21%	1,20%	4,35%
30	3,51%	1,20%	1,19%	2,78%
31	3,54%	1,19%	1,17%	4,05%
32	3,55%	0,78%	1,16%	2,60%
33	3,56%	1,16%	0,86%	3,80%
34	3,57%	1,15%	1,14%	3,66%
35	3,57%	1,14%	1,12%	3,53%
36	3,56%	1,12%	1,11%	3,41%
37	3,56%	1,11%	1,10%	4,40%

Età	Intervento chirurgico	Alta diagnostica	Visite specialistiche	Ricovero senza intervento
38	3,54%	1,10%	1,09%	3,16%
39	3,53%	1,09%	1,08%	3,06%
40	3,62%	1,08%	1,06%	3,96%
41	3,49%	1,06%	1,05%	3,81%
42	3,56%	0,70%	1,04%	3,67%
43	3,53%	1,05%	1,03%	3,54%
44	3,59%	1,03%	1,02%	3,42%
45	3,56%	1,02%	0,76%	3,31%
46	7,54%	1,01%	1,00%	7,20%
47	5,22%	1,00%	0,99%	5,22%
48	4,66%	0,99%	0,98%	4,96%
49	4,17%	0,98%	0,97%	4,05%
50	4,07%	0,97%	0,96%	4,55%
51	3,98%	0,96%	0,95%	3,73%
52	4,02%	0,96%	0,95%	4,19%
53	3,92%	0,63%	0,94%	3,45%
54	3,89%	0,94%	0,93%	3,89%
55	3,85%	0,93%	0,92%	4,28%
56	3,82%	0,92%	0,91%	3,59%
57	3,83%	0,91%	0,68%	3,96%
58	3,74%	0,91%	0,90%	3,81%
59	3,75%	0,90%	0,89%	3,67%
60	3,71%	0,89%	0,88%	3,54%
61	3,71%	0,88%	0,87%	3,85%
62	3,66%	0,87%	0,87%	3,70%
63	3,66%	0,58%	0,86%	3,57%
64	3,65%	0,86%	0,85%	3,83%
65	3,60%	0,85%	0,84%	3,32%
66	6,31%	0,85%	0,84%	6,43%
67	5,48%	0,84%	0,83%	5,37%
68	3,56%	0,83%	0,82%	3,82%
69	6,01%	0,83%	0,61%	5,83%
70	3,55%	0,82%	0,81%	3,48%
71	3,52%	0,81%	0,80%	3,64%
72	3,51%	0,81%	0,80%	3,51%
73	3,47%	0,80%	0,79%	3,39%
74	3,46%	0,53%	0,79%	3,54%
75	3,45%	0,79%	0,78%	3,41%
76	3,46%	0,78%	0,77%	3,54%
77	3,41%	0,78%	0,77%	3,42%
78	3,42%	0,77%	0,76%	3,30%
79	3,41%	0,77%	0,76%	3,41%

**ZURICH**[®]**FORMA TOP**

Età	Ricovero con intervento	Alta diagnostica	Visite specialistiche	Ricovero senza intervento
0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
1	3,19%	2,11%	1,56%	3,03%
2	3,41%	1,55%	1,92%	2,94%
3	3,29%	1,52%	1,50%	2,86%
4	3,48%	2,00%	1,85%	2,78%
5	3,08%	1,47%	1,45%	5,41%
6	3,26%	1,45%	1,79%	2,56%
7	3,42%	1,90%	1,41%	2,50%
8	3,31%	1,40%	1,74%	4,88%
9	3,20%	1,38%	1,37%	2,33%
10	3,34%	1,82%	1,68%	2,27%
11	3,46%	1,34%	1,32%	4,44%
12	3,35%	1,32%	1,63%	2,13%
13	3,24%	1,74%	1,29%	4,17%
14	3,35%	1,28%	1,59%	4,00%
15	3,24%	1,27%	1,25%	1,92%
16	3,33%	1,67%	1,54%	3,77%
17	3,42%	1,23%	1,22%	3,64%
18	3,30%	1,21%	1,50%	3,51%
19	1,96%	1,60%	1,18%	1,69%
20	1,22%	1,18%	1,46%	1,67%
21	2,24%	1,17%	1,15%	1,64%
22	3,54%	1,54%	1,42%	3,23%
23	3,58%	1,14%	1,12%	4,69%
24	3,61%	1,50%	1,39%	2,99%
25	3,48%	1,11%	1,10%	4,35%
26	3,51%	1,09%	1,36%	2,78%
27	3,54%	1,44%	1,07%	4,05%
28	3,55%	1,07%	1,32%	2,60%
29	3,56%	1,06%	1,04%	3,80%
30	3,57%	1,39%	1,29%	3,66%
31	3,57%	1,03%	1,02%	3,53%
32	3,56%	1,02%	1,26%	3,41%
33	3,56%	1,35%	1,00%	4,40%
34	3,54%	1,00%	1,23%	3,16%
35	3,53%	0,99%	0,98%	3,06%
36	3,62%	1,30%	1,21%	3,96%
37	3,49%	0,96%	0,95%	3,81%
38	3,56%	0,96%	1,18%	3,67%
39	3,53%	1,26%	0,93%	3,54%

Età	Intervento chirurgico	Alta diagnostica	Visite specialistiche	Ricovero senza intervento
40	3,59%	0,93%	1,16%	3,42%
41	3,56%	0,93%	0,92%	3,31%
42	3,52%	1,22%	1,13%	3,20%
43	3,56%	0,91%	0,90%	3,88%
44	3,59%	0,90%	1,11%	3,73%
45	3,54%	1,19%	0,88%	3,60%
46	7,50%	0,88%	1,09%	7,64%
47	5,22%	0,87%	0,86%	5,16%
48	4,76%	1,15%	1,07%	4,29%
49	4,12%	0,85%	0,85%	4,12%
50	4,01%	0,85%	1,05%	4,52%
51	4,03%	1,12%	0,83%	3,78%
52	3,98%	0,83%	1,03%	4,17%
53	3,93%	0,82%	0,81%	4,00%
54	3,94%	1,09%	1,01%	3,85%
55	3,84%	0,81%	0,80%	3,70%
56	3,84%	0,80%	0,99%	4,02%
57	3,78%	1,06%	0,79%	3,43%
58	3,78%	0,79%	0,97%	3,73%
59	3,76%	0,78%	0,77%	4,00%
60	3,71%	1,03%	0,96%	3,85%
61	3,69%	0,77%	0,76%	3,33%
62	3,67%	0,76%	0,94%	3,94%
63	3,65%	1,01%	0,75%	3,45%
64	3,63%	0,75%	0,93%	3,67%
65	3,64%	0,74%	0,73%	3,54%
66	6,30%	0,98%	0,91%	6,52%
67	5,47%	0,73%	0,72%	5,54%
68	3,56%	0,72%	0,90%	3,31%
69	6,04%	0,96%	0,71%	6,15%
70	3,53%	0,71%	0,88%	3,53%
71	3,52%	0,71%	0,70%	3,65%
72	3,49%	0,94%	0,87%	3,29%
73	3,47%	0,70%	0,69%	3,64%
74	3,47%	0,69%	0,85%	3,51%
75	3,47%	0,92%	0,68%	3,39%
76	3,43%	0,68%	0,84%	3,48%
77	3,42%	0,90%	0,67%	3,37%
78	3,41%	0,67%	0,83%	3,45%
79	3,42%	0,67%	0,66%	3,33%

**ZURICH[®]****CURE DENTARIE**

Età	Dentarie base	Dentarie Plus	Dentarie completa	Dentarie extra
0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
1	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2	2,02%	1,68%	1,67%	1,57%
3	-0,99%	-1,65%	-1,23%	-1,03%
4	-1,00%	0,00%	-0,42%	0,00%
5	0,00%	0,00%	0,42%	0,00%
6	1,01%	0,84%	0,42%	0,52%
7	1,00%	0,83%	1,24%	1,04%
8	1,98%	1,65%	1,64%	2,05%
9	1,94%	2,44%	2,42%	2,01%
10	2,86%	2,38%	2,36%	2,46%
11	2,78%	3,10%	2,69%	2,88%
12	2,70%	3,01%	3,37%	3,27%
13	3,51%	3,65%	3,26%	3,17%
14	3,39%	3,52%	3,86%	3,95%
15	4,10%	3,40%	3,72%	3,80%
16	3,94%	3,95%	3,91%	3,66%
17	3,79%	4,43%	4,08%	4,31%
18	4,38%	4,24%	4,22%	4,14%
19	4,20%	4,07%	4,05%	3,97%
20	4,03%	3,91%	4,17%	4,17%
21	4,52%	4,30%	4,27%	4,33%
22	3,70%	4,12%	4,09%	4,15%
23	4,17%	3,96%	4,18%	3,99%
24	4,00%	4,29%	4,01%	4,13%
25	4,40%	4,11%	4,08%	3,97%
26	3,68%	3,95%	3,92%	3,81%
27	4,06%	3,80%	3,77%	3,94%
28	3,90%	3,66%	3,84%	3,79%
29	3,29%	3,53%	3,70%	3,65%
30	3,64%	3,79%	3,56%	3,52%
31	3,51%	3,65%	3,44%	3,63%
32	3,39%	3,17%	3,33%	3,28%
33	3,28%	3,41%	3,39%	3,39%
34	3,17%	2,97%	3,11%	3,07%
35	3,08%	3,21%	3,18%	3,18%
36	2,99%	3,11%	2,93%	2,89%
37	2,90%	2,71%	2,84%	3,00%
38	2,82%	2,93%	2,77%	2,73%
39	2,74%	2,56%	2,69%	2,65%

Età	Dentarie base	Dentarie Plus	Dentarie completa	Dentarie extra
40	2,67%	2,50%	2,62%	2,59%
41	2,27%	2,44%	2,42%	2,52%
42	2,54%	2,38%	2,36%	2,30%
43	2,17%	2,33%	2,31%	2,24%
44	2,12%	2,02%	2,13%	2,19%
45	2,08%	2,23%	1,96%	1,99%
46	2,03%	1,94%	1,93%	1,95%
47	1,71%	1,66%	1,89%	1,77%
48	1,68%	1,87%	1,62%	1,74%
49	1,65%	1,61%	1,71%	1,57%
50	1,63%	1,35%	1,46%	1,54%
51	2,93%	3,34%	3,20%	3,18%
52	3,11%	2,80%	3,00%	2,95%
53	2,76%	2,94%	2,70%	2,86%
54	2,69%	2,65%	2,63%	2,65%
55	2,38%	2,38%	2,56%	2,46%
56	4,65%	4,65%	4,62%	4,57%
57	2,44%	2,41%	2,48%	2,53%
58	2,39%	2,35%	2,33%	2,24%
59	2,12%	2,30%	2,10%	2,19%
60	2,07%	1,90%	2,06%	2,04%
61	1,83%	1,86%	1,85%	1,89%
62	1,80%	1,83%	1,73%	1,75%
63	0,59%	0,65%	0,65%	0,61%
64	0,78%	0,65%	0,65%	0,71%
65	0,58%	0,65%	0,64%	0,60%
66	0,58%	0,64%	0,64%	0,60%
67	-0,57%	-0,64%	-0,63%	-0,59%
68	-0,58%	-0,64%	-0,64%	-0,60%
69	-0,77%	-0,65%	-0,64%	-0,70%
70	-0,19%	-0,32%	-0,32%	-0,30%
71	-1,56%	-1,47%	-1,46%	-1,52%
72	-1,98%	-1,98%	-1,89%	-1,85%
73	-2,02%	-2,02%	-2,01%	-1,99%
74	-0,41%	-0,52%	-0,51%	-0,53%
75	-0,83%	-0,69%	-0,77%	-0,75%
76	0,21%	0,00%	0,00%	0,00%
77	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
78	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
79	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%



ZURICH[®]

Allegato 4 - Modulo per il rimborso indiretto

Spett.le NEWMED SpA
C. so Indipendenza, 6 - 20129 Milano
Tel 02 752618.1- Fax 02. 70047014

Modulo per la richiesta del rimborso spese

ASSICURATO

N. interno Newmed	Broker/Intermediario assicurativo:	N. Polizza:
Patologia		
(come da certificato medico allegato alla presente)		
Ricovero degenza dal	al	

L'assicurato con la presente fa richiesta di rimborso delle seguenti notule/fatture di spesa sostenute nel rispetto delle condizioni previste dalla Convenzione assicurativa:

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

COORDINATE BANCARIE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN FORMATO IBAN:

Banca d'appoggio:	Filiale:		
CIN	Cod. ABI	Cod. CAB	N° Conto Corrente

Per una corretta compilazione visitare il sito www.newmed.net - sezione: "Newmed Communication"

PROMEMORIA ALL'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

occorre compilare un modulo per ogni persona e per ogni evento;

1. le notule/fatture allegate non relative ad un ricovero dovranno essere accompagnate da prescrizione medica con l'indicazione della patologia presunta o diagnosticata;
2. la documentazione di spesa dovrà pervenire in originale, salvo il caso in cui l'originale sia stato consegnato ad altro Ente per i rimborsi previsti da altra copertura. In tal caso detta documentazione dovrà essere accompagnata dal documento riepilogativo su cui figura l'ammontare di detto rimborso;
3. per le spese sostenute nei giorni pre/post ricovero, se inviate separatamente, occorre indicare nell'apposito spazio il relativo periodo di ricovero e, comunque, in caso di ricovero in convenzionamento, occorrerà allegare copia del relativo "Modulo per l'utilizzo del convenzionamento";
4. per il rimborso delle spese relative ai medicinali del post-ricovero occorrono prescrizione medica, scontrino della farmacia e fustella della confezione in originale.

Data, _____

Firma dell'Assicurato _____

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", acconsento al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti dalla copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Assicuratore, Newmed SPA, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Consenso del richiedente la prestazione _____

(firma)



Allegato 5

Modulo richiesta di presa in carico diretta

Fax da inviare preventivamente per richiedere la prestazione ospedaliera in network **per usufruire dell'assistenza con pagamento diretto** a carico dell'assicurazione

Data _____

A: Spett.le NEWMED SpA

DA: Sig./Sig.ra _____

C. so Indipendenza, 6 - 20129 Milano

Telefono _____ Fax: _____

Tel 02 752618.1- Fax 02. 70047014

CONTRAENTE	N. interno Newmed
ASSICURATO (se diverso)	
Broker / Intermediario assicurativo:	N. di polizza

L'Assistito/a: _____

con la presente fa richiesta di usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute e fatturate dalla Struttura e/o dalla équipe medica e/o dal Professionista Medico convenzionati con Newmed S.p.A., nel rispetto delle condizioni previste dalla Convenzione assicurativa. A tal fine si precisa qui di seguito:

STRUTTURA CONVENZIONATA PRESCELTA: _____

NOMINATIVO DEL MEDICO: _____

Convenzionato SI NO

PATOLOGIA: _____
(come da certificato medico allegato alla presente)

DATA PREVISTA DI INGRESSO: _____

TIPO RICOVERO: _____
(con o senza intervento)

Il sottoscritto, coerentemente con le condizioni contrattuali definite nella copertura assicurativa:

- è a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni definite nella copertura;
- autorizza la Compagnia a pagare in nome e per conto proprio le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla Struttura e/o Professionista Medico;
- si impegna altresì a pagare alla Struttura Sanitaria tutte le prestazioni non contemplate nelle coperture previste dalla polizza ed ogni altra spesa non compresa nella fattura della Struttura Sanitaria e/o Professionista Medico;
- si impegna a rimborsare a posteriori alla Compagnia le eventuali spese che risultassero non contemplate dalle coperture previste, ed a rimborsare direttamente alla Struttura Sanitaria e/o Professionista Medico gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti eventualmente non applicati per errore.

Firma dell'Assistito per accettazione _____

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Newmed S.p.A., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Consenso del richiedente la prestazione _____
(firma)

