



*Capogruppo del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A.*

## Contratto di Assicurazione

Malattia Long Term Care e Grandi Interventi

# PRENDITI CURA LONG TERM CARE

**Mod. 013.2014.PC LTC ed.05.19**

*Il presente Set Informativo contenente:*

- *Documento Informativo Precontrattuale*
- *Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo*
- *Condizioni di Assicurazione con Glossario*
- *Proposta di Assicurazione*

*deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del Contratto o della Proposta di Assicurazione.*

***Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo***

**Polizza PRENDITI CURA Long Term Care mod. 013.2014.LTC ed.05.19**  
**DIP-Documento informativo precontrattuale dei contratti assicurazioni danni**  
**CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "PRENDITI CURA LTC"**  
Il presente DIP Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

#### **CHE TIPO DI ASSICURAZIONE E'?**

La **PRENDITI CURA LTC** è una polizza Ramo Malattia e Infortuni che prevede, in caso di **NON AUTOSUFFICIENZA**, un indennizzo forfettario al fine di ridurre il ricorso all'utilizzo dei propri risparmi e quelli della famiglia e di poter usufruire delle prestazioni di assistenza specifica.



#### **CHE COSA E' ASSICURATO?**

##### **Sono assicurate le Non Auto Sufficienze.**

E' considerata non autosufficiente la persona che si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata e consolidata, di poter compiere 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana senza l'assistenza di una terza persona:

- ✓ **lavarsi:** capacità di mantenere in modo autonomo un livello di igiene personale confacente alle abitudini;
- ✓ **alimentarsi:** capacità di servirsi e di mangiare del cibo precedentemente preparato e messo a disposizione;
- ✓ **muoversi:** capacità di spostarsi su una superficie piana, anche attraverso l'aiuto di un equipaggiamento specifico;
- ✓ **vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi i propri vestiti eventualmente riadattati,
- ✓ oppure è affetta da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, giustificanti l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana di cui sopra.
- ✓ **GARANZIA OPZIONABILE: GRANDI INTERVENI CHIRURGICI**



#### **CHE COSA NON E' ASSICURATO?**

##### **Non sono assicurabili tutte le persone fisiche:**

- X che alla data di effetto della polizza, superino 69 anni compiuti.
- X che dichiarino di non essere in uno stato generale di buona salute.

##### **Non sono assicurabili le Persone fisiche affette da:**

- X dipendenza da sostanze psicoattive (alcool – stupefacenti – farmaci psicoattivi);
- X infezione da HIV;
- X psicosi croniche prive di causalità organica nonché quella affetta da sindrome organiche cerebrali.



#### **CI SONO LIMITI NELLA COPERTURA?** La polizza prevede limiti d'indennizzo, carenze e franchigie:

##### **TERMINI DI ASPETTATIVA – CARENZE**

La garanzia decorre:

- ! per gli infortuni, dalle ore 24 del giorno in cui ha effetto l'assicurazione;
- ! per la Non Autosufficienza da malattia 1 anno di carenza da quello in cui ha effetto l'assicurazione;
- ! Dopo un periodo di carenza di 3 anni a decorrere dalla data effetto l'assicurazione nel caso in cui il verificarsi della non autosufficienza sia conseguente all'insorgenza della malattia di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica.



#### **DOVE VALE LA COPERTURA?**

- ✓ Le Garanzie valgono in tutto il mondo.



#### **CHE OBBLIGHI HO?**

- **Dichiarare nel Questionario Anamnestico Sanitario previsto nella Proposta di Adesione alle Garanzie Assicurative, le informazioni inerenti allo stato di salute che devono corrispondere a verità ed esattezza.** 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, nullità, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.



### **QUANDO E DOVE DEVO PAGARE?**

Il primo premio si deve pagare il giorno della decorrenza della polizza o quando la proposta e certificato vengono emessi e sottoscritti dalle parti. I premi successivi, alle rispettive scadenze stabilite, secondo il tipo di frazionamento della polizza.

Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso gli intermediari con i quali è stato conclusa la polizza.

**MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI:** Contanti (sino a € 750,00), assegni, bonifici, POS (da almeno 30 Euro)



### **QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 dalla data di decorrenza indicata nella proposta e nel Certificato di Assicurazione se il premio è stato corrisposto in quella data o in data antecedente, altrimenti avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. L'Assicurazione cessa alla scadenza prevista in polizza in base alla durata contrattuale altrimenti si rinnova tacitamente.



### **COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?**

**Inviando una lettera di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione.**

## Polizza PRENDITI CURA Long Term Care mod. 013.2014.LTC ed.05.19

### DIP-DOCUMENTO AGGIUNTIVO DANNI

CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "PRENDITI CURA LTC"

Il presente DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

**Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto**

#### CF Assicurazioni S.p.A. Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione con il numero n.1.00158

Sede Legale e Direzione Generale: Via Paolo di Dono,73- 00142 Roma tel. 06.51.29.46.00 fax 06.51.29.46.50 sito: [www.cfassicurazioni.com](http://www.cfassicurazioni.com) – e-mail: [info@cfassicurazioni.com](mailto:info@cfassicurazioni.com) e [cfassicurazioni@pec.it](mailto:cfassicurazioni@pec.it). Capitale sociale 38.707.500 i. v., - C.F./P. IVA n. 09395811004 REA CCIAA Roma n. 1160328 Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa con provv. ISVAP n. 2545 del 3/08/2007 -G.U. n. 195 del 23/08/2007 Capogruppo del Gruppo assicurativo CF Assicurazioni S.p.A., iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042.

#### Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa:

L'ammontare del patrimonio netto al 31 dicembre 2018 è pari a euro 37.592.670 , di cui:

- la parte relativa al capitale sociale è pari a euro 38.707.500;
- la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato d'esercizio, è pari a euro -1.114.830.L'indice di solvibilità è pari al 155,92% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei Fondi Propri Ammissibili (Eligible Own Fund) e l'ammontare del Requisito di Solvibilità (SCR) richiesto dalla normativa vigente.

I dati sono relativi all'ultimo Bilancio presentato in Consiglio d'Amministrazione e disponibili sul sito:

<https://www.cfassicurazioni.com/il-gruppo-cf/bilanci-e-pubblicazioni.htm>

**Al contratto si applica la legge italiana.**



#### CHE COSA E' ASSICURATO?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



#### CHE COSA NON E' ASSICURATO

Seguono le seguenti informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

**Inoltre: Rischi Esclusi**

##### **Per la garanzia Non Autosufficienza:**

Le prestazioni previste nel contratto non sono accordate all'Assicurato se la causa che poi dia luogo allo stato di non autosufficienza esisteva al momento della sottoscrizione. Sono altresì esclusi dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:

- dolo o colpa grave del Contraente e del Beneficiario
- partecipazione attiva dell'assicurato ad atti dolosi
- tentativo di suicidio dell'Assicurato, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico, alcolismo acuto o cronico
- contaminazione radioattiva
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, insurrezioni, tumulti, sommosse ed atti di terrorismo
- omissione o falsa dichiarazione intenzionale dell'Assicurato
- disturbi mentali di origine non organica ( es. psicosi, nevrosi, sindromi ansioso-depressive ecc.)

##### **Per la garanzia Grandi Interventi Chirurgici:**

- condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'assicurato prima della data di decorrenza;
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro:
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme; scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatici bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore,-paracadutismo e sport aerei in genere,

- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche salvo che abbiano carattere ricreativo;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato,
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- parto, gravidanza,-aborto spontaneo o procurato-o complicazioni derivanti da tali eventi;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o dai beneficiari designati;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- infortuni o malattie verificatisi durante lo svolgimento del Servizio di Leva o quello Sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazioni o motivi di carattere eccezionale;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare. isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.;
- effetto di sieropositività HIV, AIDS;
- effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici
- connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;
- malattie tropicali e pandemie.



#### CI SONO LIMITI NELLA COPERTURA?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



#### CHE OBBLIGHI HO?

Seguono le seguenti informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

#### COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?

L'Assicurato, o le persone che lo assistono, devono dare tempestiva comunicazione del sinistro alla Società, fornendo ogni notizia e documento ad esso relativi. L'omessa o tardiva comunicazione può comportare sia la perdita del diritto all'indennizzo, sia il riconoscimento di un indennizzo ridotto, secondo quanto previsto dall'art. 1915 del Codice Civile .

#### RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Verificatasi la non autosufficienza dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato dovrà inoltrare denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla stessa, a mezzo lettera raccomandata, la completa documentazione necessaria alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato.

Tale documentazione dovrà comprendere un circostanziato certificato redatto dal medico curante o dal medico ospedaliero che ha – o ha avuto – in cura l'Assicurato, dal quale possa evincersi il grado di non autosufficienza dell'Assicurato stesso, l'epoca di esordio dei disturbi psico-motori (della stessa) e la precisazione circa la patogenesi (accidentale o da malattia) delle condizioni di inabilità. (di non autosufficienza).

A fronte della denuncia, la Compagnia invierà all'assicurato un apposito questionario che dovrà essere compilato direttamente dalle persone che si occupano dello stesso nonché dal medico curante ed ospedaliero. Quest'ultimo dovrà fornire le cartelle cliniche dei ricoveri ed i risultati degli esami complementari effettuati.

Qualora l'incapacità di effettuare le azioni della vita quotidiana fosse in relazione a disturbi mentali, comunque di origine organica, è necessario che lo stato di non autosufficienza sia constatato da uno psichiatra o da un neurologo mediante l'uso del test "Mini Mental State Examination" dal quale dovrà emergere un punteggio inferiore a 15.

Se gli elementi dai quali bisognerebbe evincere lo stato di non autosufficienza sono insufficienti, la compagnia si riserva il diritto di demandare ad un medico fiduciario il compito di richiedere ulteriori informazioni al medico curante o ospedaliero ed eventualmente di sottoporre l'assicurato ad ulteriori accertamenti clinici ritenuti indispensabili.

L'indennizzo sarà corrisposto nel caso in cui lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato risulterà confermato e consolidato in maniera definitiva, tale da escludere ragionevolmente la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso.

Una richiesta rifiutata potrà essere esaminata nuovamente dalla compagnia alle seguenti condizioni:

- sia trascorso un intervallo minimo di tempo di 3 mesi dalla risposta di rifiuto della Compagnia;
- siano nuovamente inviati gli accertamenti sanitari. Questi ultimi dovranno essere successivi alla data del rifiuto e dovranno giustificare l'aggravamento dello stato di salute.

**Relativamente alla garanzia Grandi Interventi chirurgici:**

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare la seguente documentazione:

- copia della Cartella Clinica relativa all'intervento chirurgico subito e la causa che l'ha determinato;
- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- attestazione dell'attività professionale esercitata.

<b>Assistenza diretta/ In Convenzione</b>	Questo contratto non prevede forme di Assistenza sia in forma diretta che in convenzione.
<b>Gestione da parte di altre Imprese</b>	Questo contratto non prevede forme di gestione da parte da altre imprese.
<b>Prescrizione</b>	I diritti derivanti dal contratto d'assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 artt.1892, 1893 e 1894 CC. .
<b>Obblighi dell'Impresa</b>	La Società, in caso di Sinistro e fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, riscontrata la regolarità della posizione assicurativa (incluso il pagamento del premio) e ricevuta tutta la documentazione prevista, provvederà, entro i successivi 30 giorni al pagamento dell'Indennità che verrà corrisposta in Italia, in valuta italiana.



**QUANDO E DOVE DEVO PAGARE?**

Premio	<b>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</b>
Rimborso	Non sono previsti rimborsi di premio in corso di validità del contratto.



**QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?**

Durata	<b>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</b>
Sospensione	Non sono previste sospensioni di garanzie in corso di validità del contratto



**COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?**

Disdetta	<b>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</b>
Ripensamento dopo la stipulazione	Il prodotto non prevede la clausola di recesso entro un periodo dalla data di stipulazione.
Risoluzione	Il contratto si può risolvere solo con disdetta o in caso di sinistro, come da Condizioni di Assicurazione.



**A CHI E' RIVOLTO QUESTO PRODOTTO**

A tutte le persone che intendono garantirsi in caso di Non Auto Sufficienza come definita dalla Condizioni di Assicurazione, un importo mensile forfettario per le spese necessarie all'assistenza personale



**QUALI COSTI DEVO SOSTENERE**

Il premio annuo, come da tariffe previste dal prodotto.  
 - **Costi di Intermediazione:** In media gli intermediari ricevono una commissione del 23,70% del premio imponibile.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio Gestione Reclami di CF Assicurazioni S.p.A. all'indirizzo in Roma - Via Paolo di Dono, 73 - 00142 o tramite e-mail alla seguente casella di posta elettronica: <a href="mailto:reclami@cfassicurazioni.com">reclami@cfassicurazioni.com</a> <b>I reclami dovranno contenere:</b> a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ma esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze,
<b>All'IVASS</b>	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> . Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> . (Legge 9/8/2013, n. 98)
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<b>Arbitrato</b> Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia e sulla quantificazione dei giorni della Inabilità Temporanea Totale, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato: luogo dove si riunirà il Collegio stesso. 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. E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Per <b>liti transfrontaliere</b> è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

**AVVERTENZA: PRIMA DI RISPONDERE ALLE DICHIARAZIONI CONTENUTE NELLA SCHEDA PROPOSTA, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

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

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**  
**Il presente documento è aggiornato al 31.12.2018**

**SEZIONE A**

**Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE –**

**1a) Garanzie prestate.**

La presente assicurazione garantisce a fronte di un premio annuale costante, l'assicurato, nei limiti del massimale mensile assicurato indicato in polizza, l'indennizzo delle spese sanitarie sostenute quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza.

E' considerata non autosufficiente la persona che si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata e consolidata, di poter compiere 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana senza l'assistenza di una terza persona:

- **lavarsi:** capacità di mantenere in modo autonomo un livello di igiene personale confacente alle abitudini;
- **alimentarsi:** capacità di servirsi e di mangiare del cibo precedentemente preparato e messo a disposizione;
- **muoversi:** capacità di spostarsi su una superficie piana, anche attraverso l'aiuto di un equipaggiamento specifico;
- **vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi i propri vestiti eventualmente riadattati,

oppure è affetta da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, giustificanti l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana di cui sopra.

**1b) Prestazione assicurata e relativo premio**

L'Assicurato, in caso di non autosufficienza e fintanto che persiste tale stato, percepirà un indennizzo mensile a titolo di rimborso spese forfettario, sino all'importo indicato nella scheda di polizza. Se l'assicurato non è più non autosufficiente l'erogazione dell'indennizzo mensile dell'indennizzo viene sospeso per essere riattivato senza l'applicazione di un'ulteriore franchigia qualora ritorni non autosufficiente. Tale indennizzo a titolo di rimborso spese, non potrà superare 500,00;1.000,00;1.500,00 o 2.000,00 euro mensili come previsto nella scheda di polizza. Il premio corrisposto per ciascun assicurato resterà invariato per tutta la durata in cui la polizza resterà in vita senza scatti di premi relativi agli scaglioni di età successivi. Potranno essere richiesti adeguamenti del premio indicato nella scheda di polizza a quinquennio con almeno un preavviso di 60 giorni prima della scadenza annuale. Qualora il Contraente non fosse d'accordo con la richiesta di aumento, potrà dichiarare la risoluzione contrattuale dalla scadenza per la quale è stato richiesto l'adeguamento.

**1c) Condizioni di pagamento delle prestazioni**

Il riconoscimento da parte della Società dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato darà diritto allo stesso di usufruire dell'Indennizzo garantito, a decorrere dal 91° giorno successivo alla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

L'indennizzo sarà corrisposto a titolo di rimborso spese forfettario con cadenza semestrale posticipata per tutto il periodo in cui perdurerà lo stato di non autosufficienza.

Durante il periodo di pagamento dell'Indennizzo, qualora l'Assicurato dovesse recuperare capacità psico-motorie e funzionali che lo rendessero, quindi, autosufficiente, lo stesso dovrà darne comunicazione alla Società entro 30 giorni. In caso di decesso, saranno gli eredi, entro 30 giorni, a darne comunicazione alla Società .

**1d) Rivedibilità dello stato di non autosufficienza**

La Società si riserva la facoltà, ove lo ritenga opportuno, di eseguire periodicamente controlli sanitari sullo stato di salute dell'Assicurato attraverso medici di propria fiducia, richiedendo a tal proposito la documentazione che riterrà più idonea alla valutazione del sinistro.

Qualora l'accertamento evidenzi il recupero dello stato di autosufficienza, la Società comunicherà al Contraente ed al Beneficiario la sospensione del pagamento dei rimborsi e la sospensione dell'esonero



pagamento premi. Il Contraente sarà tenuto al pagamento del premio di polizza a decorrere da quello immediatamente successivo alla comunicazione della Società anche se frazionato in rate sub-annuali. Un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato dovrà essere indirizzato alla Società ogni 12 mesi, anche se la stessa si riserva il diritto di richiederlo ogni qualvolta lo ritenesse necessario. Nel caso in cui l'Assicurato si rifiutasse di sottoporsi ai citati controlli o di esibire la documentazione richiesta, il pagamento del verrà sospeso.

#### **Art. 2. RISCHI ESCLUSI**

**Le prestazioni previste nel contratto non sono accordate all'Assicurato se la causa che poi dia luogo allo stato di non autosufficienza esisteva al momento della sottoscrizione. Sono altresì esclusi dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:**

- **dolo o colpa grave del Contraente e del Beneficiario**
- **partecipazione attiva dell'assicurato ad atti dolosi**
- **tentativo di suicidio dell'Assicurato, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico, alcolismo acuto o cronico**
- **contaminazione radioattiva**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, insurrezioni, tumulti, sommosse ed atti di terrorismo**
- **omissione o falsa dichiarazione intenzionale dell'Assicurato**
- **disturbi mentali di origine non organica ( es. psicosi, nevrosi, sindromi ansioso-depressive ecc.)**

#### **Art. 3. REQUISITI DI ASSICURABILITA'**

Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- **di età compresa tra 20 e 69 anni, 65 per la garanzia Grandi Interventi**, non compiuti alla data di stipulazione della presente polizza ;
- **che abbiano sottoscritto la Proposta di Adesione e la Dichiarazione di Buono stato di salute contenuta nella stessa attraverso il mod. QSLTC01**

Non sono assicurabili le Persone fisiche affette da:

- **dipendenza da sostanze psicoattive (alcol – stupefacenti – farmaci psicoattivi);**
- **infezione da HIV;**
- **psicosi croniche prive di causalità organica nonché quella affetta da sindrome organiche cerebrali.**

**In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dagli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.**

#### **Art. 4. TERMINI DI ASPETTATIVA – CARENZE**

**La garanzia decorre:**

- **per gli infortuni, dalle ore 24 del giorno in cui ha effetto l'assicurazione;**
- **per la Non Autosufficienza da malattia 1 anno di carenza da quello in cui ha effetto l'assicurazione;**
- **Dopo un periodo di carenza di 3 anni a decorrere dalla data effetto l'assicurazione nel caso in cui il verificarsi della non autosufficienza sia conseguente all'insorgenza della malattia di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica.**

Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione di contratto analogo, riguardante lo stesso Assicurato, i termini di cui sopra operano con sequenza alla prima polizza.

**In caso di sinistro durante il periodo di carenza i premi pagati vengono rimborsati e conseguentemente si annulla la polizza.**

#### **Art. 5. VALIDITA' TERRITORIALE**

L'assicurazione è valida se l'evento o gli eventi che hanno determinato la non autosufficienza siano avvenuti o riscontrati :

- **Infortuni : in tutto il mondo.**
- **Malattia : in tutto il mondo.**

#### **SINISTRI. DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI**

##### **Art. 6. DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO**

L'Assicurato, o le persone che lo assistono, devono dare tempestiva comunicazione del sinistro alla Società, fornendo ogni notizia e documento ad esso relativi. L'omessa o tardiva comunicazione può comportare sia la perdita del diritto all'indennizzo, sia il riconoscimento di un indennizzo ridotto, secondo quanto previsto dall'art. 1915 del Codice Civile .

#### **Art. 7. RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Verificatasi la non autosufficienza dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato dovrà inoltrare denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla stessa, a mezzo lettera raccomandata, la completa documentazione necessaria alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato.

Tale documentazione dovrà comprendere un circostanziato certificato redatto dal medico curante o dal medico ospedaliero che ha – o ha avuto – in cura l'Assicurato, dal quale possa evincersi il grado di non autosufficienza dell'Assicurato stesso, l'epoca di esordio dei disturbi psico-motori (della stessa) e la precisazione circa la patogenesi (accidentale o da malattia) delle condizioni di inabilità. (di non autosufficienza).

A fronte della denuncia, la Compagnia invierà all'assicurato un apposito questionario che dovrà essere compilato direttamente dalle persone che si occupano dello stesso nonché dal medico curante ed ospedaliero. Quest'ultimo dovrà fornire le cartelle cliniche dei ricoveri ed i risultati degli esami complementari effettuati.

Qualora l'incapacità di effettuare le azioni della vita quotidiana fosse in relazione a disturbi mentali, comunque di origine organica, è necessario che lo stato di non autosufficienza sia constatato da uno psichiatra o da un neurologo mediante l'uso del test "Mini Mental State Examination" dal quale dovrà emergere un punteggio inferiore a 15.

Se gli elementi dai quali bisognerebbe evincere lo stato di non autosufficienza sono insufficienti, la compagnia si riserva il diritto di demandare ad un medico fiduciario il compito di richiedere ulteriori informazioni al medico curante o ospedaliero ed eventualmente di sottoporre l'assicurato ad ulteriori accertamenti clinici ritenuti indispensabili.

L'indennizzo sarà corrisposto nel caso in cui lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato risulterà confermato e consolidato in maniera definitiva, tale da escludere ragionevolmente la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso.

Una richiesta rifiutata potrà essere esaminata nuovamente dalla compagnia alle seguenti condizioni:

- sia trascorso un intervallo minimo di tempo di 3 mesi dalla risposta di rifiuto della Compagnia;
- siano nuovamente inviati gli accertamenti sanitari. Questi ultimi dovranno essere successivi alla data del rifiuto e dovranno giustificare l'aggravamento dello stato di salute.

#### **Art. 8. ARBITRATO IRRITUALE**

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sull'entità del danno, relativamente alle garanzie prestate, possono essere demandate per iscritto a due medici, nominati uno per parte, che si riuniscono nel Comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, sede di Istituto di medicina legale.

Tali medici, ove vi sia divergenza su quanto sopra indicato, costituiscono un Collegio medico formato da loro stessi e da un terzo medico dagli stessi nominato o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il terzo medico così nominato avrà la funzione di Presidente del Collegio. Il Collegio medico risiede nel comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, sede di Istituto di medicina legale. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e delle competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti che rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

## **SEZIONE B**

### **GRANDI INTERVENTI**

(valida per i componenti assicurati per la Long Term Care e se corrisposto il relativo premio)

#### **ART. 9- OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Nel caso di Grande Intervento Chirurgico, di cui all'elenco dell' allegato1 alle presenti Condizioni di Assicurazione, la Società corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo Art.10 qualora:

- l'Infortunio o la Malattia che hanno determinato l'intervento si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del successivo Art.16;
- l'evento da Infortunio o da Malattia che l'ha reso necessario sia successivo alle ore 24,00 della data termine del Periodo di Carenza per malattia di 30 giorni successivo alla data di decorrenza delle garanzie.
- la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'indennizzo di cui al successivo Art. 10.
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 11 "ESCLUSIONI"
- l'Assicurato abbia adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

#### **ART.10 – INDENNIZZO**

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per il Caso di Grandi Interventi, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, sarà pari all'intero importo della Somma Assicurata a titolo indennitario anche se non saranno sostenute alcune spese al riguardo.

#### **ART.11 - ESCLUSIONI**

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi da Grandi Interventi Chirurgici causati da:

- **condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'assicurato prima della data di decorrenza;**
- **partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro:**
- **incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;**
- **pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme; scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatici bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore,paracadutismo e sport aerei in genere,**
- **partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche salvo che abbiano carattere ricreativo;**
- **ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato,**
- **operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;**
- **parto, gravidanza,aborto spontaneo o procurato,o complicazioni derivanti da tali eventi;**
- **cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;**
- **delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o dai beneficiari designati;**
- **guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
- **infortuni o malattie verificatisi durante lo svolgimento del Servizio di Leva o quello Sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazioni o motivi di carattere eccezionale;**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare. isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.;**

- **effetto di sieropositività HIV, AIDS;**
- **effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici**
- **connessione con l'uso o produzione di esplosivi;**
- **atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;**
- **malattie tropicali e pandemie.**

#### **ART.12- DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare la seguente documentazione:

- copia della Cartella Clinica relativa all'intervento chirurgico subito e la causa che l'ha determinato;
- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- attestazione dell'attività professionale esercitata.

Per i casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà richiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

#### **ART.13 – CONTROVERSIE-ARBITRATO**

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura del Grande Intervento, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato: luogo dove si riunirà il Collegio stesso. 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. E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

### ***NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE***

#### **ART. 14 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 artt.1892, 1893 e 1894 Codice Civile.

#### **ART. 15 - Altre assicurazioni**

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; **in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ai sensi dell'art. 1910 c.c.**

#### **ART. 16 - Effetto dell'Assicurazione e pagamento del premio.**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. **Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c. i premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.**

#### **ART. 17 - Modifiche dell'assicurazione**

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

**ART. 18 - Aggravamento del rischio**

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 c.c. (tranne per quanto previsto dall' art. 18)

**ART. 19 - Diminuzione del rischio**

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

**ART. 20 - Proroga dell'assicurazione.**

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita al meno 30 giorni prima della scadenza da una delle parti contrattuali, la polizza è prorogata per un anno. Qualora la polizza abbia durata poliennale, e il premio è stato corrisposto in unica soluzione, alla scadenza pattuita, il contratto sarà risolto senza necessità di disdetta tra le parti.

**ART. 21 - Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

**ART. 22 - Rinvio alle norme di legge** Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

**ALLEGATO 1 ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI****Cardiochirurgia**

- By-pass aorto coronarici multipli (C.E.C.)
- By-pass aorto coronarico singolo (C.E.C.)
- Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple(C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- Cisti del cuore o del pericardio
- Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per
- Fistole arterovenose del polmone, interventi per
- Pericardiectomia totale
- Reintervento con ripristino di C.E.C.
- Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)
- Valvuloplastica chirurgica

**Chirurgia generale**

- Amputazione addomino-perineale secondo Miles, trattamento completo
- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
- Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
- Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia
- Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia
- Duodeno cefalo pancreatetectomia compresa eventuale linfadenectomia
- Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia
- Emicolectomia destra con linfadenectomia
- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia
- Esofago, resezione parziale dell', con esofagostomia
- Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- Esofagogastroplastica-esofagodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)
- Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
- Gastrectomia parziale con linfadenectomia
- Gastrectomia totale con linfadenectomia (trattamento completo)
- Megacolon, intervento per (compresa colostomia)

- Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
- Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
- Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- Pancreatite acuta, interventi demolitivi
- Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia
- Resezioni epatiche maggiori
- Retto, amputazione del, con linfadenectomia
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale

### **Chirurgia toraco-polmonare**

- Bilobectomie, intervento di
- Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili (intervento per)
- Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
- Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino per via sternotomica
- Neoplasie maligne della trachea
- Pleuropneumonectomia e pneumonectomia di completamento (qualsiasi patologia e tecnica)
- Pneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezione segmentaria o lobectomia
- Resezioni segmentarie tipiche
- Toracectomia per asportazione di tumore maligno coste e/o sterno con ricostruzione della parete

### **Chirurgia vascolare**

- Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto
- Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici
- By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale, carotideo - succlavio
- By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo
- By-pass aorto-renale, aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica basale
- Tromboendarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale
- Tromboendarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
- Tromboendarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
- Tromboendarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici

### **Ginecologia - Ostetricia**

- Eviscerazione pelvica
- Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via laparotomia o vaginale senza linfadenectomia
- Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per
- Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di

### **Neurochirurgia**

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Ascesso o ematoma intracranico, intervento per
- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolarie varie, intervento di
- Corpo estraneo intracranico, asportazione di
- Craniotomia per ematoma extradurale
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per
- Epilessia focale, intervento per
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente

- Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta
- Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
- Laminectomia per tumori intramidollari
- Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)
- Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Plesso brachiale, intervento sul, con tecnica microchirurgica
- Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
- Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per
- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Tumori orbitari, intervento per

### **Ortopedia**

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, totale
- Artroprotesi: anca totale
- Artroprotesi: ginocchio
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Disarticolazioni, grandi
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica
- Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- Osteotomia complessa (bacino, vertebrale, etc.)
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia
- Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
- Scoliosi, intervento per
- Spalla, resezioni complete secondo Tikhor-Limberg
- Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale
- Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di
- Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)

### **Otorinolaringoiatria**

- Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica
- Laringectomia parziale o totale con o senza svuotamento laterocervicale
- Laringofaringectomia totale
- Neoplasie parafaringee anche con svuotamento linfonodale monolaterale (maligne)
- Neoplasie parafaringee benigne
- Nervo vestibolare, sezione del
- Neurinoma dell'ottavo paio
- Petrosectomia
- Stapedectomia
- Stapedotomia
- Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di

### **Chirurgia oro - maxillo - facciale**

– Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale

### **Urologia**

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia
- Eminectomia
- Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
- Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento per
- Neovescica ileale, colica, ileocolica
- Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale
- Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)
- Surrenectomia (trattamento completo) trattamento trombocavale
- Ureteroenteroplastica con tasche continenti (bilaterale), intervento di
- Uretero-ileo-anastomosi bilaterale
- Uretero-ileo-anastomosi monolaterale

### **Trapianti d'organo:**

-Tutti.

## **GLOSSARIO – DEFINIZIONI**

**Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

**Assicurazione:** il contratto di assicurazione.

**Autosufficienza:** E' considerata autosufficiente la persona che si trova nella capacità di poter compiere 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana senza l'assistenza di una terza persona:

- **lavarsi:** capacità di mantenere in modo autonomo un livello di igiene personale confacente alle abitudini;
- **alimentarsi:** capacità di servirsi e di mangiare del cibo precedentemente preparato e messo a disposizione;
- **muoversi:** capacità di spostarsi su una superficie piana, anche attraverso l'aiuto di un equipaggiamento specifico;
- **vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi i propri vestiti eventualmente riadattati,

**Carenza:** periodo durante il quale le garanzie del contratto non sono efficaci, ovvero il numero di giorni dall'inizio della efficacia della polizza durante i quali il Piano Assicurativo non è efficace relativamente agli eventi derivanti da Malattia e Perdita di Impiego. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

**Contraente:** la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di Assicurazione per sé o a favore di terzi e ne assume i relativi oneri.

**Grande Intervento Chirurgico:** interventi complessi per tecniche operatorie e intendendosi per tali quelli elencati nell'Allegato 1 delle Condizioni di Assicurazione.

**Indennizzo:** la somma indicata in polizza, corrisposta dalla Società in caso di sinistro.

**Infortunio:** il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

**Intervento chirurgico:** tecnica terapeutica cruenta applicata sull'Assicurato, mediante uso di strumenti operatori, finalizzata a risolvere una patologia o una lesione conseguente ad infortunio.

**Istituto di cura:** l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza medico chirurgica. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.

**Malattia:** ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio..



**Polizza:** il documento sottoscritto dal Contraente e dalla Società, riportante le prestazioni e le garanzie scelte la decorrenza, la scadenza e il premio da corrispondere.

**Premio:** la somma dovuta dal Contraente a fronte del pagamento della quale vengono fornite dalla Società le garanzie e le prestazioni.

**Recesso:** Diritto del Contraente e della Società di risolvere la polizza ai sensi delle Condizioni di Assicurazione o ai sensi degli articoli del C.C.

**Reclamo:** una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti della Società, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazione o chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

**Ricovero:** la degenza comportante pernottamento in Istituto di cura.

**Sinistro:** l'evento futuro, dannoso e incerto che determina la richiesta di indennizzo da parte dell'Assicurato.

**Società:** CF Assicurazioni S.p.A.

***Si rinvia al sito internet della Società, [www.cfassicurazioni.com](http://www.cfassicurazioni.com) per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative.***