



CONDIZIONI DI POLIZZA

Mod. 39-504



FATA ASSICURAZIONI DANNI S.p.A. - Società per Azioni di Assicurazioni e Riassicurazioni - Capitale Sociale Euro 5.202.079,00 (interamente versato). Sede Via Urbana,169/A - 00184 Roma
Telefono 06.47651 - Telefax 06.4871187 - Telegramma ASSIFATA ROMA - Registro delle imprese di Roma, Codice Fiscale e Partita I.V.A. n. 09052321008.
Società soggetta alla direzione e al coordinamento di ASSICURAZIONI GENERALI S.p.A. - Impresa autorizzata dall'ISVAP, con provvedimento n. 2489 del 19/12/2006,
all'esercizio in Italia e all'estero delle Assicurazioni in tutte le forme consentite, escluso il ramo vita, nonché l'esercizio della riassicurazione.

INDICE

DEFINIZIONI	pag. 4
Assicurato	pag. 4
Assicurazione	pag. 4
Contraente	pag. 4
FATA	pag. 4
Indennizzo o Indennità	pag. 4
Infortunio	pag. 4
Invalità Permanente Totale	pag. 4
Istituto di Cura	pag. 4
Malattia	pag. 4
Polizza	pag. 4
Premio	pag. 4
Ricovero	pag. 4
Sinistro	pag. 4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	pag. 5
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	pag. 5
Art. 2 - Altre assicurazioni	pag. 5
Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	pag. 5
Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione	pag. 5
Art. 5 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	pag. 5
Art. 6 - Recesso in caso di sinistro	pag. 5
Art. 7 - Proroga dell'assicurazione	pag. 5
Art. 8 - Oneri fiscali	pag. 6
Art. 9 - Rinvio alle norme di legge	pag. 6
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE DI CURA PER MALATTIA E INFORTUNIO	pag. 7
Art. 10 - Oggetto dell'assicurazione	pag. 7
Art. 11 - Decorrenza della garanzia e limiti delle prestazioni	pag. 7
Art. 12 - Trapianti di organi	pag. 8
Art. 13 - Esclusioni	pag. 8
Art. 14 - Limite di età	pag. 9
Art. 15 - Persone non assicurabili	pag. 9
Art. 16 - Indicizzazione	pag. 9
Art. 17 - Obblighi in caso di sinistro	pag. 9
Art. 18 - Criteri di liquidazione	pag. 9
Art. 19 - Perizia contrattuale	pag. 10
Art. 20 - Validità territoriale	pag. 10
CONDIZIONI SPECIALI	pag. 11
A) - Rimborso spese per grandi interventi	pag. 11
B) - Indennità giornaliera da ricovero	pag. 11
C) - Retta dell'accompagnatore	pag. 11

D) - Invalidità Permanente Totale pag. 11

ELENCO GRANDI INTERVENTI pag. 13

CONDIZIONI PARTICOLARI pag. 16

1) - Massimale di garanzia per anno e per persona pag. 16

2) - Massimale di garanzia per anno e per nucleo familiare pag. 16

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

ASSICURATO

La persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

CONTRAENTE

La persona che stipula il contratto.

FATA

L'impresa assicuratrice.

INDENNIZZO O INDENNITÀ

La somma dovuta da Fata in caso di sinistro.

INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE

La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità all'esercizio dell'attività propria dell'Assicurato e di ogni altro lavoro.

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'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilmente termali, case di convalescenza e di soggiorno.

MALATTIA

È considerata malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

POLIZZA

Il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente a FATA per l'assicurazione.

RICOVERO

La degenza in Istituto di Cura che comporti pernottamento.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 2 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto a FATA l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, così come previsto dall'art. 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. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure a FATA. 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 ed il diritto di FATA al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

ART. 4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 5 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure a FATA entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1815 del Codice Civile.

ART. 6 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro regolarmente denunciato e fino al 60° giorno da quello del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione, sia per il singolo Assicurato cui si riferisca la polizza che per l'intero contratto di assicurazione, dandone avviso all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso esercitato dal Contraente ha effetto dalla data di ricevimento della raccomandata; se esercitato da FATA ha efficacia dopo 30 giorni da quello di invio della raccomandata stessa. In tutti i casi, entro il 15° giorno successivo alla data di efficacia del recesso, FATA rimborsa il premio relativo al periodo di rischio non corso, esclusi gli accessori e imposte.

ART. 7 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

ART. 8 ONERI FISCALI

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

ART. 9 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE DI CURA PER MALATTIA OD INFORTUNIO

ART. 10 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

FATA rimborsa all'Assicurato fino alla concorrenza del massimale assicurato:

- a) nei casi di:
 - ricovero, reso necessario da malattia od infortunio;
 - intervento chirurgico, anche senza ricovero, reso necessario da malattia od infortunio;
 - parto e aborto terapeutico comportanti ricovero;
 1. le spese per: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
 2. le spese relative al periodo di ricovero, per: assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali e esami;
 3. le spese per rette di degenza;
 4. fino al 10% del massimale assicurato, le spese di trasporto in ambulanza;
- b) e inoltre, soltanto nei casi di:
- ricovero reso necessario da infortunio;
 - intervento chirurgico, anche senza ricovero, reso necessario da malattia o infortunio;
 - parto con taglio cesareo;
5. anche le spese per gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura, nei 90 giorni precedenti all'inizio del ricovero (o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero);
 6. fino al 10% del massimale assicurato, anche le conseguenti spese sostenute nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero (o alla data dell'intervento senza ricovero), per: esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera).

Nei casi di parto senza taglio cesareo, di aborto, di intervento sulle tonsille o vegetazioni adenoidi effettuato su bambini di età inferiore a 9 anni, l'indennizzo non potrà superare per ogni singolo evento il 10% del massimale assicurato.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato, in caso di ricovero, non abbia sostenuto alcuna spesa, avrà diritto ad una indennità per ogni giorno di ricovero pari all'1% del massimale assicurato, con il limite giornaliero di € 52 e con il limite annuo di 100 giorni. La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione. Nel corso di una stessa annualità assicurativa, l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni garantite non può superare il massimale assicurato.

ART. 11 DECORRENZA DELLA GARANZIA E LIMITI DELLE PRESTAZIONI

La garanzia decorre

- per gli infortuni:
 - dal momento in cui, ai sensi dell'art. 3, ha effetto l'assicurazione;
- per le malattie:
 - dal 30° giorno successivo;

- per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto, nonché per il parto:
dal 300° giorno successivo.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante — 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 di cui sopra operano:

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

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

ART. 12 TRAPIANTI DI ORGANI

Nel caso in cui si renda necessario un trapianto di organi a favore dell'Assicurato, la garanzia si intende operante anche per il donatore.

ART. 13 ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- a) le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti a FATA con dolo o con colpa grave;
- b) l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- c) le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
- e) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- f) l'aborto volontario non terapeutico;
- g) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- h) le protesi dentarie in ogni caso, le cure dentarie e la paradontopatie quando non sono rese necessarie da infortunio;
- i) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dall'art. 10);
- j) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- k) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.

ART. 14 LIMITE DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 70 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla naturale scadenza contrattuale.

ART. 15 PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che FATA, qualora al momento della stipulazione della polizza fosse stato a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente, senza obbligo di FATA di corrispondere l'indennizzo.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 1.

ART. 16 INDICIZZAZIONE

Le somme assicurate, il premio e gli eventuali scoperti e franchigie non espressi in percentuale, sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del "numero indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute", pubblicato nei bollettino mensile dell'istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato in frontespizio, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo. Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni.

Qualora in conseguenza di uno o più adeguamenti, la somma assicurata ed il premio vengano a superare del 150% gli importi inizialmente stabiliti, l'Assicurato avrà facoltà di rinunciare all'adeguamento; in tal caso, somme assicurate, premio ed eventuali scoperti e franchigie non espressi in percentuale rimarranno quelle risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

ART. 17 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

La denuncia di cui all'art. 5 deve essere corredata da certificazione medica attestante la malattia, nonché la necessità del ricovero stesso. L'Assicurato deve consentire a FATA le indagini e gli accertamenti necessari e produrre copia della cartella clinica completa.

ART. 18 CRITERI DI LIQUIDAZIONE

FATA corrisponde l'indennizzo, a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente valide e debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato FATA restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, FATA effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in valuta in corso legale, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

ART. 19 PERIZIA CONTRATTUALE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere 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; il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio Medico. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza, 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 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 altri arbitri nel verbale definitivo.

ART. 20 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

CONDIZIONI SPECIALI

(valide solo se richiamate in polizza)

A) RIMBORSO SPESE PER GRANDI INTERVENTI

FATA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale previsto in polizza, in caso di grande intervento chirurgico (come da elenco che segue) reso necessario da malattia o da infortunio:

- 1) le spese per analisi di laboratorio e per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati nei cento giorni precedenti l'intervento;
- 2) le spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento);
- 3) le spese per l'assistenza medica, per cure, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per gli esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- 4) le spese per le rette di degenza;
- 5) le spese di trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura per l'intervento;
- 6) le spese rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero: per esami, per acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei cento giorni successivi all'intervento, nonché per trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 150 giorni successivi all'intervento stesso; Il limite di rimborso per quanto previsto ai punti 5) e 6) non potrà superare complessivamente il 15% del massimale assicurato

B) INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO

FATA corrisponde l'indennità giornaliera pattuita in polizza per ogni giorno di degenza in istituto di cura, per una durata massima di 360 giorni per ogni malattia od infortunio. Tale indennità non verrà corrisposta in caso di ricovero in istituto di cura per parto non cesareo o per aborto terapeutico.

C) RETTA DELL'ACCOMPAGNATORE

In eccedenza ai massimali stabiliti, FATA rimborsa le rette di vitto e pernottamento del l'accompagnatore per un periodo non superiore a 100 giorni per ciascun caso di infermità e fino alla concorrenza dell'importo giornaliero precisato in polizza.

D) INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE

FATA assicura, fino alla concorrenza della somma precisata in polizza, il caso di invalidità permanente totale che sia conseguenza di malattia insorta dopo il trentesimo giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia come stabilito all'art. 3.

Per quanto riguarda i criteri di indennizzabilità vale quanto segue:

l'invalidità permanente viene accertata non prima che sia decorso un anno dalla denuncia della malattia e con modalità previste dall'art. 18, d'accordo tra le parti o, in difetto, facendo ricorso alla procedura di cui all'art. 19.

FATA corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive di invalidità permanente derivanti dalla malattia denunciata, senza riguardo al maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o infermità preesistenti alla stipulazione del contratto.

In caso di perdita anatomica o riduzione di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità permanente accertate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente.

Qualora, a giudizio sia del medico dell'Assicurato che di quello di FATA, un trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia e l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo quindi al maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione del citato trattamento terapeutico.

ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI

CAPO E COLLO

- Interventi demolitori per tumori del massiccio facciale, o della lingua, o del pavimento buccale, con svuotamento dell'orbita o della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoformazione maligna.
- Asportazione totale o parziale della parotide per tumore benigno o misto con preparazione del nervo facciale.
- Asportazione totale della tiroide, per neoformazione maligna. Asportazione del timo per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

TORACE

- Pneumonectomia.
- Lobectomia e resezione segmentarie.
- Interventi per fistola bronchiale cutanea o per fistola del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Pleuropneumonectomia e toracectomia ampia.
- Broncoresezione con reimpianto.
- Asportazione del timo per via toracica.
- Toracoplastica totale.
- Sutura del cuore per ferite e rimozione di corpi estranei.
- Pericardiectomia parziale o totale.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari e correzione di coartazione aortica.
- Intervento per fistola artero-venosa del polmone.
- Interventi di legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Embolectomia dell'arteria polmonare.
- Bypass aorto-coronarico.
- Applicazione di pacemaker.
- Interventi a cuore aperto.
- Interventi per esofagiti, per ulcera esofagea e per ulcera peptica post-operatoria.
- Esofagoplastica.
- Interventi per stenosi benigna, megaesofago, per tumori (resezioni parziali o totali) e reintervento per megaesofago.

ADDOME

- Gastroresezione o gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.
- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale in uno o più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.
- Intervento per ernia iatale con funduplicatio.

- Surrenectomia ed interventi sulla capsula splenica.
- Epatoresezione.
- Epatico-colecodectomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Ricostruzione vie biliari.
- Deconnessione porto-azygos per via addominale.
- Intervento per necrosi acuta del pancreas.
- Enucleazione o marsupializzazione per cisti o pseudocisti del pancreas.
- Interventi demolitori (totale, testa, coda) del pancreas.
- Asportazione della milza.
- Anastomosi porta-cava, spleno-rettale, mesenterico-cava.

SISTEMA NERVOSO

- Interventi endocranici per neoplasie, aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi per ascesso, ematoma, derivazione liquorale, encefalo-meningocele, talamotomia, pallidotomia ed interventi similari.
- Neurotomia retrogasseriana, emisferectomia ed interventi similari.
- Interventi per ernia del disco dorsale e per asportazione endorachidea di neoplasie; cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.
- Interventi sul simpatico toracico e sui nervi splacnici.

ANGIOLOGIA

- Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi.
- Interventi per aneurismi arteriosi della carotide, della vertebrale, della succlavia, del tronco branchio-cefalico e delle iliache.

APPARATO OSTEO-ARTICOLARE

- Artroplastica delle grandi articolazioni con materiale biologico.
- Disarticolazione interscapolo-toracica.
- Emipelvectomy.

APPARATO URO-GENITALE

- Interventi per fistola vescico-rettale, per estrofia della vescica, per cistectomia totale ed ureterosigmoidostomia.
- Interventi per uretero-ileo (o colo) anastomosi.
- Nefrotomie bivalve, nefrectomia allargata, nefro-ureterectomia totale.
- Orchiectomia con linfadenectomia per neoplasie maligne.
- Isterectomia radicale per via addominale per tumori maligni.

ESTESIOLOGIA

- Antro-atticotomia.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Laringectomia totale.
- Faringo-laringectomia.
- Irido-ciclo-retrazione da glaucoma.

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Intervento per cranio bifido con meningoencefalocelo.
- Spina bifida (meningocele o mielomeningocele).
- Idrocele ipersecretivo.
- Lobectomia o pneumonectomia.
- Cisti e tumori tipici del bambino (di origine bronchiale, enterogena e nervosa).
- Interventi sull'esofago per atresia o fistola congenita.
- Interventi per torace ad imbuto o carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi del piloro congenita.
- Interventi per occlusione intestinale del neonato.
- Atresia semplice dell'ano.
- Abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola.
- Resezione con reimpianto, o con sostituzione di ansa intestinale di megaretere.
- Intervento per megacolon.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide solo se richiamate in polizza)

1) MASSIMALE DI GARANZIA PER ANNO E PER PERSONA

Il massimale indicato in polizza si intende per ogni persona assicurata e per anno assicurativo.

2) MASSIMALE DI GARANZIA PER ANNO E PER NUCLEO FAMILIARE

Il massimale indicato in polizza si intende per l'intero nucleo familiare assicurato (si intendono componenti il nucleo familiare le persone risultanti nel certificato di stato di famiglia) e per anno assicurativo.