

FONDAZIONE ENASARCO
Polizza Cumulativa di Assicurazione a favore degli Agenti di Commercio
(vigenza dal 01.11.2008 al 31.10.2009)

Articolo 1- Soggetti e rischi assicurati

Premesso che è compreso in garanzia, sempre ciò che non è esplicitamente escluso, ogni evento che rientri nella definizione di infortunio la garanzia di cui alla presente polizza sarà prestata a favore:

- A)** degli iscritti all'ENASARCO (agenti di commercio, come definiti dagli artt. 1742 e 1752 del C.C.), che subiscano infortunio - in pendenza di un rapporto instaurato con Ditte preponenti che danno applicazione agli Accordi Economici Collettivi del 9 giugno 1988, 16 novembre 1988, 25 luglio 1989, 1 dicembre 1989 e 20 marzo 2002 e successivi - nello svolgimento:
- delle attività professionali principali e secondarie;
 - di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, salvo quanto previsto dal successivo art. 7.

L'assicurazione sarà prestata, inoltre, per il ricovero in ospedali e cliniche - pubblici e privati - per malattia, infortunio e relativi accertamenti diagnostici, come meglio specificato nei successivi articoli.

L'assicurazione sarà operante per tutti gli agenti titolari di conti individuali nel Fondo Indennità Risoluzione Rapporto.

L'assicurazione sarà operante senza alcuna limitazione di anzianità di servizio, vale a dire che la garanzia decorrerà dalle ore 24 del giorno in cui viene conferito il mandato di agenzia.

- B)** In aggiunta alle prestazioni di cui al precedente punto A), saranno erogate ulteriori prestazioni, come meglio specificato negli articoli seguenti, in favore:

-degli agenti di commercio iscritti all'ENASARCO, che non abbiano superato il 75° anno di età al 31.12.2007, aventi un'anzianità contributiva, al 31.12.2007, di almeno 5 anni e che abbiano, al 31.12.2007, un conto previdenziale non inferiore a € 2.582,28= incrementato da versamenti obbligatori afferenti gli anni 2005, 2006 e 2007, non pensionati;

-dei pensionati dell'Ente, che non abbiano superato il 75° anno di età al 31.12.2007 e che abbiano un conto previdenziale in relazione ad attività svolta dopo il pensionamento e svolgano attività al tempo dell'evento.

Per ciascun soggetto di cui al presente punto B) l'assicurazione sarà prestata per gli infortuni che possono occorrere nell'esercizio della propria attività professionale di agenti di commercio, intendendosi tale attività - per sua natura - libera da ogni vincolo di tempo e di luogo.

L'assicurazione sarà prestata inoltre per la garanzia "Grandi Interventi Chirurgici" a seguito di infortunio e/o malattia, come meglio specificato nei successivi articoli.

Alla scadenza di ogni anno solare le date di riferimento concernenti i requisiti per la determinazione del diritto alle prestazioni di cui al presente Articolo si intenderanno automaticamente spostate di un anno.

Articolo 2- Persone non assicurabili

L'assicurazione non sarà valida per le persone di età superiore ai 75 anni e cesserà dalla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungeranno tale limite di età.

Non saranno assicurabili le persone affette da epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, alcolismo, tossicomania, allucinogenomania. Quando un Assicurato sarà colpito da una delle suddette infermità l'assicurazione cesserà automaticamente nei suoi confronti.

Articolo 3- Esonero dichiarazione difetti fisici e criteri d'indennizzo

Il Contraente e gli assicurati saranno esonerati dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli assicurati stessi fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Tuttavia, la Società corrisponderà l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente sarà liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggiore pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate nella tabella I.N.A.I.L. verranno diminuite, tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Articolo 4- Altre assicurazioni

Gli Assicurati saranno esonerati dal denunciare alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni riguardanti lo stesso rischio.

Pertanto, le garanzie previste dal presente contratto saranno indipendenti da ogni altra assicurazione e cumulabili con gli indennizzi previsti da qualsiasi altra polizza la cui esistenza non incide, perciò, sulle prestazioni dovute a norma del presente contratto.

Articolo 5- Rinuncia rivalsa

La Società si obbliga a rinunciare a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto alla facoltà di surrogazione prevista dall'art. 1916 del C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Articolo 6- Estensioni di garanzia

Garanzia infortuni

A titolo esplicativo e non esaustivo di quanto riportato in premessa, saranno inoltre compresi in garanzia, gli infortuni derivanti:

- dalla guida ed uso di motoveicoli azionati da motori di qualsiasi cilindrata;
- dai viaggi aerei effettuati dall'Assicurato in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti;
- dalla pratica e dalla partecipazione a corse o gare (e relative prove ed allenamenti) di tutti gli sport fatta eccezione per quelli espressamente menzionati nel successivo art. 7.
- da aggressioni o atti violenti aventi movente politico; da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- da colpa grave dell'Assicurato, da imperizia, imprudenza o negligenza grave, o da malore, vertigini, incoscienza, avvelenamento, intossicazione o ingestione di sostanze, da manifestazioni morbose causate da punture di insetti, da asfissia non di origine morbosa, da annegamento, da assideramento o congelamento, da folgorazione, da colpi di sole o di calore, da lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti ferma l'indennizzabilità prevista dal successivo art. 9, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini.

L'assicurazione varrà- altresì- durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; sarà invece sospesa durante il servizio di leva,

l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprenderà vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione.

L'assicurazione sarà estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche.

Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più assicurati l'esborso massimo non potrà superare l'importo di € 26.000.000,00.

Qualora l'indennizzo complessivamente dovuto ecceda il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun assicurato saranno ridotte in proporzione.

Articolo 7- Rischi esclusi

Garanzia infortuni

ai fini della garanzia "infortunio" si intenderanno esclusi gli eventi derivanti:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione nonché dalla guida ed uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- b) dalla pratica e dalla partecipazione a corse o gare (e relative prove ed allenamenti) dei seguenti sport: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, alpinismo oltre il 3° grado, arrampicata libera (free-climbing), sci-alpinismo, salti dal trampolino con sci o idrosci, canoa fluviale oltre il 3° grado, speleologia, rugby, football americano, hockey a rotelle, motonautica, automobilismo, motociclismo, bob, hockey su ghiaccio, sport aerei in genere;
- c) da guerra, insurrezione, salvo che l'Assicurato non si sia trovato all'estero sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
- d) da 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, etc.);
- e) da ubriachezza e da proprie azioni delittuose nonché da partecipazione a imprese temerarie salvo il caso di atti compiuti dall'assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa; da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche, non resi necessari da infortunio.

Garanzia malattia

Saranno esclusi gli eventi relativi:

- a) alle malformazioni stabilizzate, difetti fisici e mutilazioni esistenti prima dell'inizio dell'assicurazione;
- b) alle malattie sofferte durante il servizio di leva, l'arruolamento volontario od il richiamo per mobilitazione;
- c) alle malattie veneree e mentali (comprese sindromi ansiose depressive);
- d) alla gravidanza, parto e puerperio, ad eccezione dei casi comportanti interventi chirurgici, nonché alle interruzioni volontarie di gravidanza, ad eccezione di quelle prescritte dal medico curante per esigenze terapeutiche;
- e) alle applicazioni di carattere estetico ed alle cure dentarie non rese necessarie da infortunio;
- f) alle malattie provocate da 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, etc.).

Articolo 8- Somme e massimali assicurati

A_ Ogni singolo soggetto di cui al punto A dell'art. 1 si intenderà garantito per :

Caso Morte a seguito di infortunio	€ 40.000,00
Caso Invalidità Permanente a seguito di infortunio	€ 50.000,00
Diaria da ricovero e/o degenza a seguito di infortunio o malattia	€ 13,00

B_ In aggiunta alle prestazioni di cui al punto A del presente articolo, ogni singolo soggetto avente i requisiti di cui al punto B dell'art. 1 si intenderà garantito per le seguenti somme:

Caso Morte a seguito di infortunio	€	40.000,00
Caso Invalidità Permanente a seguito di infortunio	€	20.000,00
Grandi Interventi Chirurgici a seguito di infortunio o malattia	€	40.000,00
Diaria da ricovero e/o degenza a seguito di infortunio o malattia	€	37,00
Indennità parto	€	300,00

Articolo 9- Diaria da ricovero e di degenza domiciliare.

Diaria da ricovero

Sarà prevista una diaria di ricovero che verrà riconosciuta per ogni giorno di ricovero ospedaliero, con o senza intervento chirurgico, sia esso in strutture sanitarie pubbliche o private, dovuto ad infortunio, malattia o accertamenti diagnostici.

L'indennità verrà corrisposta considerando il giorno d'entrata e quello d'uscita dall'ospedale o dalla clinica come giorno unico agli effetti della liquidazione.

Diaria di degenza domiciliare

La Diaria di Degenza Domiciliare, ove specificatamente prescritta, verrà riconosciuta nei seguenti casi:

- o a seguito di intervento chirurgico causato da infortunio o malattia, sia esso effettuato in regime di ricovero o di Day Hospital, ovvero praticato ambulatorialmente o presso una struttura di Pronto Soccorso;
- o a seguito di punti di sutura, la diaria verrà corrisposta per un massimo di 7 giorni;
- o a seguito di ricovero anche senza intervento chirurgico determinato da infarto o ictus;
- o a seguito di intervento chirurgico, ovunque effettuato, reso necessario da infortunio che abbia comportato il distacco della retina;
- o a seguito di ustioni che abbiano determinato un ricovero;
- o a seguito di infortunio che abbia causato una frattura documentata o la necessità dell'applicazione di un mezzo di contenzione, immobilizzazione o gessatura, fino alla rimozione dello stesso. Nella fattispecie è compreso l'infortunio che abbia comportato l'applicazione di un tutore immobilizzante sostitutivo della gessatura, intendendo per tale qualsiasi mezzo di contenzione e immobilizzazione rigida di ossa o articolazioni e, in via esemplificativa e non limitativa, anche bendaggi elastici, stecche metalliche e altri presidi equivalenti;

- o a seguito di applicazione di collare cervicale, la diaria verrà corrisposta per un massimo di 15 giorni;
- o a seguito di patologie tumorali per cui siano prescritte applicazioni di chemioterapia o radioterapia, la diaria verrà corrisposta per un massimo di 8 giorni successivi a ciascuna applicazione.

La garanzia "Diaria da ricovero e/o degenza domiciliare", sarà immediatamente operativa per coloro che erano già assicurati con altri contratti stipulati dal Contraente. Per coloro, invece, che entrano a nuovo in garanzia, la diaria, in caso di malattia, verrà corrisposta per i ricoveri che siano avvenuti dopo trenta giorni dalla decorrenza della garanzia stessa, salvo che per appendicopatie, affezioni tonsillari, vegetazioni adenoidee, ernie, forme tumorali e varicose, per i quali la diaria è corrisposta per i ricoveri avvenuti dopo i novanta giorni.

Le diarie di cui al presente articolo verranno così corrisposte:

- Per gli assicurati di cui al punto A dell'art. 1 (Soggetti e Rischi assicurati) complessivamente per uno o più eventi, per un massimo di 60 giorni per persona e per anno assicurativo,
- Per gli assicurati di cui al punto B dell'art. 1 (Soggetti e Rischi assicurati), complessivamente per uno o più eventi, per un massimo di 90 giorni per persona e per anno assicurativo, con il limite di 60 giorni per le diarie di degenza domiciliare. L'indennità verrà corrisposta previa deduzione di una franchigia di cinque giorni per ogni periodo di degenza da ricovero e/o domiciliare. Se l'intervallo tra più periodi di degenza sarà inferiore o uguale a cinque giorni, non verrà applicata un'ulteriore franchigia.

Articolo 10- Grandi Interventi Chirurgici

La Società dovrà garantire, per gli assicurati di cui al punto B dell'art. 1 (Soggetti e Rischi assicurati), in caso di infortunio e/o malattia, fino alla concorrenza della somma di € 40.000,00.= per persona e per anno assicurativo che dia luogo a:
GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (come definito nell'art. 11)

il rimborso delle spese sostenute :

a) in caso di ricovero in Istituto di Cura, privato e/o pubblico, per:

- assistenza e prestazioni mediche, onorari per visite mediche;
- analisi di laboratorio ed esami diagnostici;
- equipe operatoria, anestesista, diritti di sala operatoria, materiale di intervento (compresi apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento; medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi);
- rette di degenza;

b) 90 giorni prima e dopo il ricovero in Istituto di cura per:

- assistenza e prestazioni mediche, onorari per visite mediche;
- analisi di laboratorio ed esami diagnostici;
- medicinali assunti nei 90 giorni precedenti e susseguenti il ricovero;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di carattere alberghiero) effettuate nei 90 giorni successivi all'intervento;
- trasporto in ambulanza dell'assicurato per il ricovero nell'Istituto di cura e da questo al domicilio, fino al limite del 5% della somma assicurata;

I risarcimenti saranno soggetti ad applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo di € 1.500,00.

La garanzia potrà essere estesa ai familiari fiscalmente a carico, ad adesione volontaria, con onere a carico dell'iscritto previa corresponsione per ogni componente del nucleo familiare, di € 35,00 comprensivo di imposte.
L'adesione dovrà essere comunicata mediante la sottoscrizione di apposito modulo.

Articolo 11 *Elenco grandi interventi chirurgici
(come da tariffe Nazionali O.d.M., D.P.R. 17/02/1992)*

01 .00 CHIRURGIA DELLA PARETE ADDOMINALE

- .01 Laparotomia con sutura viscerale
- .02 Laparotomia esplorativa per occlusione con resezione

02 .00 CHIRURGIA ANORETTALE

- .01 Interventi per neoplasie del retto-ano
- .02 Interventi per neoplasie del retto-ano per via addominoperineale
- .03 Operazioni per megacolon
- .04 Proctocolectomia totale

03 .00 CARDIOCHIRURGIA

- .01 Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
- .02 Aneurismi aorta toracica
- .03 Anuloplastica valvola singola
- .04 Asportazione di tumori intercardiaci
- .05 By-pass aorto-coronarici multipli
- .06 By-pass aorto-coronarico singolo
- .07 Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso
- .08 Correzione canale atrioventricolare completo
- .09 Correzione di atresia della tricuspide
- .10 Correzione di coartazioni aortiche di tipo fetale
- .11 Correzioni di coartazioni aortiche multiple o molto estese
- .12 Correzione difetto del setto interatriale
- .13 Correzione difetto del setto interventricolare senza ipertensione polmonare
- .14 Correzione di pervietà interventricolare con "debanding"
- .15 Correzione di pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- .16 Correzione di pervietà interventricolare ipertesa
- .17 Correzione di stenosi aortica sottovalvolare a diaframma

- .18 Correzione di stenosi aortiche infundibulari
- .19 Correzione di stenosi aortiche sopravalvolari
- .20 Correzione di tetralogia di Fallot
- .21 Correzione di trilogia di Fallot
- .22 Correzione di truncus arteriosus
- .23 Correzione di ventricolo destro a doppia uscita
- .24 Correzione di ventricolo unico
- .25 Correzione di impianto anomalo coronarie
- .26 Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
- .27 Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- .28 Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
- .29 Embolectomia della polmonare
- .30 Finestra aorto-polmonare
- .31 Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale
- .32 Mitralica
- .33 Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aortocoronarici
- .34 Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- .35 Riparazione o sostituzione settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- .36 Sostituzione valvola singola: aortica - mitralica - tricuspideale
- .37 Sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico
- .38 Sostituzioni valvolari multiple
- .39 Valvolare aortica
- .40 Valvulotomia singola o multipla per stenosi polmonare

04 .00 CHIRURGIA DEL COLLO

- .01 Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- .02 Resezione dell'esofago cervicale
- .03 Tiroidectomia allargata per neoplasia maligna

05 .00 CHIRURGIA ESOFAGEA

- .01 Interventi con esofagoplastica
- .02 Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico

06 .00 CHIRURGIA EPATICA

- .01 Derivazioni biliodigestive
- .02 Drenaggio di ascesso epatico
- .03 Interventi chirurgici per ipertensione portale

- .04 Interventi per echinococchi
- .05 Interventi sulla papilla di Vater
- .06 Reinterventi sulle vie biliari
- .07 Resezioni epatiche

07 .00 CHIRURGIA GINECOLOGICA

- .01 Intervento radicale per carcinoma ovarico
- .02 Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- .03 Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- .04 Vulvectomy allargata con linfadenectomia

08 .00 CHIRURGIA INTESTINALE

- .01 Colectomia parziali
- .02 Colectomia totali

09 .00 CHIRURGIA ONCOLOGICA

- .01 Intervento per tumori

10 .00 CHIRURGIA DEI NERVI PERIFERICI

- .01 Interventi sul plesso brachiale

11 .00 NEUROCHIRURGIA GENERALE

- .01 Anastomosi dei vasi extra-intracranici
- .02 Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- .03 Anastomosi endocranica dei nervi cranici
- .04 Asportazione di ernia del disco lombare
- .05 Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- .06 Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, etc.)
- .07 Asportazioni tumori dell'orbita
- .08 Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica
- .09 Cordotomia e mielotomia percutanea
- .10 Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- .11 Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale
- .12 Craniotomia per evacuazione di ematoma intercerebrale e subdurale
- .13 Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche

- .14 Emisferectomia
- .15 Endarterectomia della arteria carotidea e della arteria vertebrale e decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- .16 Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- .17 Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore
- .18 Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)
- .19 Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica
- .20 Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore
- .21 Interventi per mielopatia cervicali o ernia del disco per via anteriore o posteriore
- .22 Interventi per traumi vertebro midollari
- .23 Interventi per traumi vertebro midollari con stabilizzazione chirurgica
- .24 Intervento per craniostenosi
- .25 Intervento per encefalomeningocele
- .26 Intervento per epilessia focale e callosotomia
- .27 Interventi per traumi cranio cerebrali
- .28 Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- .29 Plastiche craniche per tessuti extracerebrali (cute, osso, dura madre)
- .30 Psicochirurgia
- .31 Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- .32 Somatotomia vertebrale
- .33 Spondilolistesi
- .34 Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero/venosi, fistole artero/venose)
- .35 Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche
- .36 Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)

12 .00 CHIRURGIA OCULISTICA

- .01 Odontocheratoprotesi

13 .00 CHIRURGIA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA

- .01 Artrodesi per via anteriore
- .02 Artroprotesi del ginocchio
- .03 Artroprotesi dell'anca

- .04 Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali
- .05 Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- .06 Disarticolazione interscapolo toracica
- .07 Discectomia per via anteriore per ernia cervicale
- .08 Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- .09 Emipelvectomia
- .10 Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- .11 Interventi per costola cervicale
- .12 Interventi per via anteriore: con impianti
- .13 Interventi per via anteriore: senza impianti
- .14 Interventi per via posteriore: con impianti
- .15 Interventi per via posteriore: senza impianti
- .16 Intervento di rimozione di protesi dell'anca
- .17 Intervento di rimozione e reimpianto di protesi dell'anca
- .18 Laminectomia decompressiva per neoplasie (senza sintesi)
- .19 Osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale
- .20 Osteosintesi dell'omero
- .21 Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- .22 Osteosintesi vertebrale
- .23 Protesi cefalica della spalla
- .24 Protesi totale di displasia dell'anca
- .25 Pulizia focolai osteici
- .26 Resezione del sacro
- .27 Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- .28 Resezioni artrodiafisarie del ginocchio: artrodesizzanti (trapianto o cemento più infibulo femore-tibiale)
- .29 Resezioni artrodiafisarie del ginocchio: sostituzioni con protesi modulari o "custom-made"
- .30 Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari o "custom-made"
- .31 Resezioni complete di spalla (omero - scapola - claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- .32 Resezione del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi speciali (cementate o no; modulari o no)
- .33 Resezione del radio distale con trapianto articolare perone-proradio
- .34 Ricostruzione dei legamenti articolati

- .35 Scapulopessi
- .36 Trapianti ossei e protesi diafisarie
- .37 Trattamento delle dismetrie e delle derivazioni degli arti con impianti esterni
- .38 Uncoforaminotomia
- .39 Vertebrotonomia

14 .00 CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

- .01 Asportazione di tumori glomici timpano-giugolari

15 .00 CHIRURGIA PANCREATICA

- .01 Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- .02 Interventi per neoplasie pancreatiche
- .03 Interventi per pancreatite acuta
- .04 Interventi per pancreatite cronica

16 .00 CHIRURGIA PEDIATRICA

- .01 Atresia congenita dell'esofago
- .02 Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto vulvare: abbassamento addomino perineale
- .03 Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- .04 Fistola congenita dell'esofago
- .05 Ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva
- .06 Ileo meconiale: resezione secondo Mickulier
- .07 Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- .08 Megacolon: resezione anteriore
- .09 Megauretere: resezione con reimpianto
- .10 Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
- .11 Occlusione intestinale del neonato: atresie con necessità di anastomosi
- .12 Polmone cistico o policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- .13 Trattamento chirurgico per ipertensione portale nel bambino

17 .00 CHIRURGIA PERITONEALE

- .01 Exeresi di tumori nello spazio retroperitoneale

18 .00 CHIRURGIA POLMONARE

- .01 Interventi per echinococco
- .02 Interventi per fistole bronchiali

- .03 Pneumectomia
- .04 Resezioni segm. e lobectomia
- .05 Tumori della trachea

19 .00 CHIRURGIA GASTRO-DUODENALE

- .01 Cardioplastica
- .02 Gastroectomia se allargata
- .03 Gastroectomia totale
- .04 Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- .05 Mega-esofago e esofagite da reflusso
- .06 Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- .07 Sutura di perforazione gastriche ed intestinali non traumatiche

20 .00 CHIRURGIA UROLOGICA

- .01 Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- .02 Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- .03 Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileouretroanastomosi
- .04 Cistoprostatovescicolectomia con ureterosigmoidostomia
- .05 EWL (litrotissia extracorporea con onde d'urto)
- .06 Ileo bladder
- .07 Linfodenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolare
- .08 Nefrectomia allargata per tumore
- .09 Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- .10 Nefroureterectomia totale
- .11 Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale
- .12 Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- .13 Prostatectomia radicale extraneurotica nerve sparing
- .14 Resezione renale con clampaggio vascolare
- .15 Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- .16 Surrenalectomia

21 .00 TRAPIANTI DI ORGANI

- .01 Tutti, esclusi i trapianti di cornee

Articolo 12- Invalidità Permanente

Se l'infortunio avrà per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto (purché l'assicurato abbia interrotto i termini di prescrizione), la Società liquida, per tale titolo, una indennità calcolandola sulla somma assicurata per invalidità permanente assoluta in base alle

percentuali indicate nella tabella INAIL di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modifiche.

Per gli assicurati di al punto A dell'art. 1 si applicano le seguenti franchigie:

Nessun risarcimento sarà effettuato se l'invalidità permanente sarà pari o inferiore al 6%.

Se l'invalidità permanente sarà invece superiore al 6%, l'indennizzo verrà corrisposto integralmente senza quindi tenere conto di detta limitazione (franchigia relativa).

Per gli infortuni che procurino una invalidità permanente superiore a 66/100 verranno liquidati con la totalità del capitale come se l'invalidità avesse raggiunto i 100/100.

2 Per gli assicurati aventi i requisiti di cui al punto B dell'art. 1 si applicano le seguenti franchigie:

o Nessun risarcimento sarà effettuato se l'invalidità permanente sarà inferiore al 21 %.

o Per ogni punto percentuale tra 21% e 39% l'indennizzo seguirà la seguente tabella:

Invalidità accertata	Indennizzo
21%	6%
22%	7%
23%	8%
24%	9%
25%	10%
26%	12%
27%	14%
28%	16%
29%	18%
30%	20%
31%	22%
32%	24%
33%	26%
34%	28%
35%	30%
36%	32%
37%	34%
38%	36%
39%	38%

Se l'infortunio procura una invalidità permanente pari o superiore al 40/100 verrà liquidato con la totalità del capitale, come se l'invalidità avesse raggiunto i 100/100.

Articolo 13- Controversie sulla natura e conseguenze delle lesioni

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sull'intervento chirurgico, sul grado di invalidità permanente, le Parti si obbligano a conferire mandato entro 30 giorni, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge.

La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società, e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato, entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle parti sopra una terna di medici proposta dai due primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Nominato il terzo medico, la Società entro 15 giorni convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il collegio medico risiede a scelta della parte attrice presso la sede della Società stessa o presso la sede dell'Ispettorato Sinistri della Società incaricata della trattazione del sinistro.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Il procedimento di contestazione deve essere definito entro 90 giorni dalla data del mandato al Collegio Medico.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro ulteriori tre mesi dal termine di cui al comma precedente; nel caso comunque l'invalidità accertata superi il 21 %, il Collegio concederà una provvisoria sull'indennità pari al 50% di quanto accertato.

La decisione del Collegio Medico è vincolante per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Articolo 14- Morte per Infortunio dell'Assicurato

A) L'indennizzo viene liquidato, per i soggetti di cui al punto A dell'art. 1, ai beneficiari designati.

In difetto di designazione, la Società liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi, nonché, se già non compreso tra gli eredi, al coniuge non legalmente separato al momento della morte dell'Assicurato.

B) Per i soggetti di cui al punto B dell'art. 1 la Società liquida la somma assicurata nell'ordine:

a) al coniuge superstite (anche se legalmente ed effettivamente separato al momento della morte dell'Assicurato, purché però ne ricevesse gli alimenti) ed ai figli minorenni (legittimi o equiparati);

b) al coniuge superstite con i figli minorenni l'intera somma assicurata salvo quanto previsto dal comma seguente.

Se con il coniuge superstite concorrono orfani e minorenni di precedente matrimonio e dei quali, comunque, il coniuge superstite non abbia la rappresentanza legale, ovvero orfani minorenni equiparati a figli legittimi, la somma assicurata è ripartita come segue:

- se concorre un solo orfano, nella misura del 60% al coniuge superstite e del 40% all'orfano;

- se concorrono più orfani, nella misura del 40% al coniuge superstite e del 60% in parti uguali, agli orfani;

c) ai figli maggiorenni (legittimi e equiparati);

d) ai genitori;

e) ai fratelli e sorelle.

La somma assicurata, qualora concorrano più figli maggiorenni, i genitori, più fratelli e sorelle, va ripartita in parti uguali tra gli aventi diritto.

Se l'Assicurato muore senza lasciare superstiti di cui ai punti a, b, c, d, e, del presente articolo la somma assicurata viene liquidata ai sensi dell'art. 572 del C.C.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile, a termini di polizza il corpo dell'assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli articoli 60 e 62 del C. C.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta da parte dell'assicurato dell'intera somma liquidata, l'assicurato stesso potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Articolo 15- Norme relative alla liquidazione dei sinistri

Gli Assicurati, devono denunciare e documentare al Contraente, entro un anno dal verificarsi dell'evento, il sinistro, pena l'intervenuta prescrizione del diritto al risarcimento, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o con raccomandata a mano presentata presso le sedi della Contraente.

Il Contraente certificherà alla Società il possesso dei requisiti richiesti, istruirà la pratica e senza vincolo di termini, provvederà alla trasmissione della denuncia stessa alla Società, allegando la documentazione acquisita.

a) Diaria da ricovero e/o degenza domiciliare

Per la liquidazione dei sinistri relativi alla "diaria", gli assicurati sono tenuti a presentare la seguente documentazione:

copia della cartella clinica oppure certificato medico che giustifichi il ricovero oppure certificato del pronto soccorso oppure certificazione della struttura che ha eseguito l'intervento o di un Sanitario facente parte della struttura del Servizio Sanitario Nazionale.

sottoscrizione informativa trattamento dati sensibili (legge 675/96)

a seguito d'infortunio:

la descrizione di come è avvenuto l'infortunio (luogo, giorno, ora dell'evento e delle cause che lo determinarono);

La Società liquiderà i giorni indennizzabili a termini di polizza sulla base delle risultanze dei Certificati rilasciati agli assicurati dai Sanitari facenti parte della struttura del Servizio Sanitario Nazionale.

In caso di decesso dell'Assicurato, l'importo della diaria spettante verrà liquidato alla vedova, in difetto ai figli, in difetto a chi di diritto documentato.

b) Grandi Interventi Chirurgici

Per la liquidazione dei sinistri relativi ai "Grandi Interventi Chirurgici" gli Assicurati sono tenuti a presentare la seguente documentazione:

- copia della cartella clinica completa, integrata, se del caso dagli originali delle prescrizioni e degli accertamenti relativi alle spese pre-ricovero nonché delle prescrizioni di esami, trattamenti e cure in genere relative alle spese postricovero.

- Originali delle fatture e delle notule di spesa, regolarmente quietanzati. Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale od altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato e delle spese già rimborsate dall'assicuratore privato. La documentazione delle spese è acquisita alla Società; tuttavia, a richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce la predetta documentazione previa iscrizione dell'importo liquidato e della data di liquidazione. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia con valuta in Euro.

- Sottoscrizione informativa trattamento dati sensibili (legge 675/96)

a seguito d'infortunio:

-la descrizione di come è avvenuto l'infortunio (luogo, giorno, ora dell'evento e delle cause che lo determinarono).

In caso di decesso dell'Assicurato, l'importo del risarcimento spettante verrà corrisposto agli eredi secondo la normativa del codice civile.

c) Invalidità Permanente

Alla denuncia di infortunio dovranno essere allegati:

- la descrizione di come è avvenuto l'infortunio (luogo, giorno, ora dell'evento e delle cause che lo determinarono);
- la prima certificazione medica;

successivamente dovrà essere inviata:

- la certificazione del decorso clinico successivo con le eventuali attestazioni mediche progressivamente emesse, comprese cartelle cliniche, fino alla certificazione dell'avvenuta guarigione.
- la sottoscrizione informativa trattamento dati sensibili (legge 675/96)

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società - o da un perito da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata.

Decorso un anno dalla denuncia dell'evento, e sempre che sia stata fornita tutta la prescritta documentazione, in assenza di accordo sull'ammontare del danno la Società dovrà provvedere alla definizione della posizione secondo quanto previsto dall'art. 13.

L'indennità per invalidità permanente, quando già definita o offerta, nel caso di sopraggiunta morte dell'assicurato, viene corrisposta agli eredi secondo la normativa del codice civile.

d) Morte per Infortunio

In caso di decesso dell'Assicurato, gli eredi di cui al precedente art. 14 dovranno presentare la seguente documentazione:

- denuncia dettagliata dell'avvenuto infortunio;
- sottoscrizione informativa trattamento dati sensibili (legge 675/96);
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva che attestino:

- a) la data del decesso;
 - b) lo stato di famiglia del defunto all'epoca del decesso;
 - c) l'inesistenza di sentenza di separazione giudiziale tra i coniugi o di separazione consensuale omologata dal Tribunale. In caso contrario, dovrà risultare a quale dei coniugi sia stata eventualmente addebitata in sentenza la separazione;
 - d) i nomi di tutti i figli, il loro stato civile, l'inesistenza di figli oltre quelli indicati e se fra di loro vi sono inabili od interdetti;
 - e) se il defunto abbia lasciato testamento; in caso positivo dovrà esserne esibita la copia autenticata;
 - f) qualora non esistano figli i nominativi di tutti gli eredi del defunto ed il loro domicilio;
- certificato medico che attesti il nesso di causalità fra il sinistro ed il decesso;
 - certificato di ricognizione del defunto o esame autoptico;
 - nel caso di beneficiario minore di età, decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà alla riscossione delle quote spettanti al minore;
 - certificato medico dal quale risulti che la vedova non è in stato di gravidanza (sempre ché la stessa abbia un'età inferiore a 50 anni).

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Nell'ipotesi di commorienza dell'Assicurato con il beneficiario, a seguito

del medesimo evento, si considera comunque, come avvenuto antecedentemente, il decesso dell'Assicurato.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso e la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso morte, ove questa sia superiore.

Forma delle comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato o degli aventi diritto alla Società

Tutte le comunicazioni tra le parti Contraenti, gli Assicurati e gli aventi diritto dovranno essere fatte, perché siano valide, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, telegramma, telefax o telex.