

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

#### SEZIONE PRIMA

- ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica;
- trapianti;
- ricovero per parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico e parto naturale;
- anticipo dell'indennizzo;
- alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio (garanzia operante per il solo titolare);
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- protesi/ausili medici ortopedici ed acustici;
- cure dentarie da infortunio;
- prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- pacchetto maternità;
- prestazioni per maternità a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza.

#### SEZIONE SECONDA

- stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa per assicurati con età minima 18 anni (Garanzia valida solo per il titolare)
- stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni (Garanzia valida solo per il titolare)

#### SEZIONE TERZA

- infortuni professionali (IP e caso morte).

**Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:**

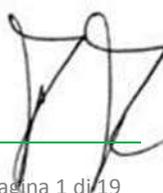
a) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

b) Servizio Sanitario Nazionale

**Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.**

### 2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei lavoratori dipendenti per i quali si applica il C.C.N.L. della Pesca iscritti al Fondo FIS PESCA, dei loro coniugi o conviventi "more uxorio" e dei loro **figli**, questi ultimi **solo se fiscalmente a carico**, risultanti da stato di famiglia.



## SEZIONE PRIMA

### 3. RICOVERO

#### 3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.**

**La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.**

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento **(risultante dal referto operatorio)**; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, le relative spese sono liquidate dalla Società con il massimo di 2.500 euro per ricovero.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. **Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.**

d) Rette di degenza **Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.**

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero **in Istituto di cura non convenzionato con la Società**, la garanzia è prestata nel **limite di € 70,00 al giorno per un massimo di 45 giorni per ricovero.**

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e **infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura)**, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali **(escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera)**, **effettuati nei 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero**; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. **Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.**

#### 3.2 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

La garanzia è operante in caso di day-hospital con intervento chirurgico.

La garanzia è altresì operante per i day-hospital medici eseguiti per cure e terapie di patologie oncologiche.

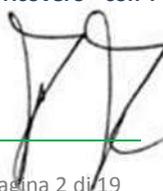
- **Sono esclusi invece dalla presente garanzia tutti i day-hospital medici diversi da quelli per cure e terapie di patologie oncologiche.**

Nel caso di day-hospital come sopra definito, Unisalute, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" con i relativi limiti in esso indicati.**

#### 3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA E OCULISTICA

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale **per prestazioni di dermatologia e oculistica**, Unisalute, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" con i relativi limiti in essi indicati.**

NB:



- ➔ In caso di interventi ambulatoriali per prestazioni di dermatologia la garanzia opererà in presenza di situazioni patologiche refertate dallo specialista che esegue la prestazione (es. esame istologico per i nei etc..)
- ➔ In caso di intervento per la correzione della miopia tramite metodica laser, la garanzia opererà soltanto in presenza di un difetto della capacità visiva risultante dallo specchio dell'oculista riportante l'indicazione delle diottrie.

### 3.4 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese **previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" con i relativi limiti in essi indicati**, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

### 3.5 PARTO E ABORTO

#### 3.5.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; g) "Post-ricovero" con il relativo limite in esso indicato.**

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare (da intendersi come sottomassimale del massimale di cui al punto 3.10 "Massimale assicurato")**, in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie.

#### 3.5.2 PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo effettuato in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza";** relativamente alle **prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura", lettera g) "Post-ricovero", e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.**

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare (da intendersi come sottolimito del massimale di cui al punto 3.10 "Massimale assicurato")**, in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie.

### 3.6 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

**Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico in strutture sanitarie private**, fermi restando i limiti previsti, è data facoltà all'Associato di richiedere un **anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al 70% delle stesse**, previa contestuale presentazione a Unisalute, per il tramite del Fondo, di certificazione attestante la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle note di spesa e della documentazione relativa al ricovero come previsto al punto "C – Sinistri", si procederà al relativo conguaglio.

### 3.7 MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

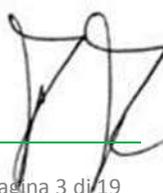
In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno **scoperto del 30% ad eccezione delle seguenti:**

**punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":**

- lett. d) "Retta di degenza";
- lett. e) "Accompagnatore";

**punto 3.5 "Parto e aborto";**

**che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.**



### c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di **ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N.**, verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.10 "Indennità Sostitutiva con pre e post ricovero".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle **spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari**, la Società **rimborserà integralmente** quanto anticipato dall'Assicurato **nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva**".

Qualora il ricovero avvenga in **regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato**, le **spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società"**.

### 3.8 INDENNITA' GIORNALIERA

L'Associato, qualora non richieda alcun rimborso a Unisalute, per il tramite del Fondo, per il ricovero e per le prestazioni ad esso connesse avrà diritto a un'indennità per ogni giorno di degenza di:

- **€ 50,00:** per i **ricoveri medici o chirurgici e per i day-hospital chirurgici**, e sarà corrisposta a partire dal primo giorno di degenza per un periodo non superiore a **90 giorni** per evento.
- **€ 50,00:** per i **day-hospital per cure e terapie di patologie oncologiche** e sarà prestata a partire dal primo giorno per un massimo di **60 giorni** per evento.

***NB: Sono esclusi invece dalla presente garanzia tutti i day-hospital medici diversi da quelli per cure e terapie di patologie oncologiche.***

- **€ 50,00:** per **cure e terapie oncologiche in regime ambulatoriale, pur non essendo prevista la garanzia principale**, e sarà prestata a partire dal primo giorno per un massimo di **60 giorni** per evento.
- **€ 70,00:** per i **ricoveri per parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico e parto naturale**, e sarà corrisposta a partire dal primo giorno di degenza per un periodo non superiore a **30 giorni** per evento.

### 3.9 MASSIMALE ASSICURATO

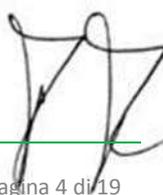
Il **massimale annuo Assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 20.000,00 per nucleo familiare.**

### 4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 17, la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

#### Alta diagnostica radiologica:

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia



- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsungrafia

**Accertamenti:**

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

**Terapie:**

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di **una franchigia di € 20,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di **€ 20,00 per ciascuna prestazione.**

**Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 15.000,00 per nucleo familiare.**



## 5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici **conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici**. Rientra in garanzia **esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia**.

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

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate:

- l'applicazione di una franchigia di € 35,00 per visita specialistica;
- l'applicazione di una franchigia di € 45,00 per accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per **visita specialistica o accertamento diagnostico**.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare.

## 6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, **a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza sia di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa**.

**Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.**

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per fattura/persona.

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per ticket.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 800,00 per nucleo familiare.

## 7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 17, la Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici **a seguito di malattia, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa**.

Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia, shiatsu.

**Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.**

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per fattura/persona.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborso integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato**.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 350,00 per nucleo familiare.



## 8. PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel **limite annuo di €. 500,00 per nucleo familiare**. Rientrano in garanzia **anche gli ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripod, plantari, apparecchi acustici, ecc..**

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di €. 70,00 per fattura/persona.

## 9. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia ricompresa nelle prestazioni odontoiatriche di cui sopra perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Associato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di **ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute** con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

## 10. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, **a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.**

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i **ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.**

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a €. 500,00 per nucleo familiare.

## 11. PACCHETTO MATERNITA'

La Società provvede al pagamento delle spese relative alle seguenti prestazioni effettuate durante la gravidanza:

- ecografie di controllo
- visite specialistiche
- amniocentesi
- analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i **ticket sanitari a carico dell'Assicurato.**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 500,00 per nucleo familiare.

## 12. PRESTAZIONI PER MATERNITA' A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia ricompresa nelle prestazioni del pacchetto maternità di cui sopra perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Associata, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di **ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute** con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.



## SEZIONE SECONDA

### 13. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE-PROTEZIONE COMPLETA PER ASSICURATI CON ETA' MINIMA 18 ANNI (Garanzia valida solo per il titolare)

#### 13.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 7, la Società, nel limite del massimale mensile di cui all'articolo 13.3, garantisce, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo articolo 13.2 punto 4), sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Assicurato.

#### 13.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

All'effetto di polizza, ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
  - a) Lavarsi
  - b) Vestirsi e svestirsi
  - c) Andare al bagno e usarlo
  - d) Spostarsi
  - e) Continenza
  - f) Nutrirsi
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.
4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

#### 13.3 MASSIMALE MENSILE ASSICURATO

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 13.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", il massimale mensile garantito per il complesso delle garanzie sotto indicate, corrisponde a € 1.000,00. Per la durata di 3 anni.

#### 13.4 TERMINE PER L'INDENNIZZO

La Società riconoscerà l'indennizzo se l'Assicurato si troverà ancora in vita dopo 60 giorni dalla denuncia scritta alla Compagnia dello stato di non autosufficienza.

#### 13.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il seguente "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza").

#### **SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DI NON AUTOSUFFICIENZA:**

##### **ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA**

###### **LAVARSI**

###### **PUNTEGGIO**

1° grado

L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno

5

3° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno

10

###### **VESTIRSI E SVESTIRSI**

###### **PUNTEGGIO**

1° grado

L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi

5

3° grado

L'Assicurato necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi

10

###### **ANDARE AL BAGNO E USARLO**

###### **PUNTEGGIO**

1° grado

L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare in bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)

5

3° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)

10

###### **SPOSTARSI**

###### **PUNTEGGIO**

1° grado L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi

0

2° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore

5

3° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi

10

## CONTINENZA

## PUNTEGGIO

1° grado L'Assicurato è completamente continente	0
2° grado L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	5
3° grado L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	10

## NUTRIRSI

## PUNTEGGIO

1° grado L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: <ul style="list-style-type: none"><li>• sminuzzare/tagliare cibo</li><li>• sbucciare la frutta</li><li>• aprire un contenitore/una scatola</li><li>• versare bevande nel bicchiere</li></ul>	5
3° grado L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	10

## 14. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI CON ETA' MINIMA 18 ANNI

### 14.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo 14.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

### 14.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate **non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:**

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
  - a) spostarsi,
  - b) lavarsi,
  - c) vestirsi,
  - d) nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.
4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

### 14.3 SOMMA ASSICURATA

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 14.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 500,00 da corrispondersi per una durata massima di 6 mesi**.

### 14.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

**Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:**

- **soddisfare la propria igiene personale** (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo);
- **nutrirsi** (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire);
- **spostarsi** (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- **vestirsi** (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).

**e necessiti temporaneamente ma in modo costante:**

- **o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;**
- **o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.**

**Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata.**

## SEZIONE TERZA

### 15. INFORTUNI PROFESSIONALI

#### 15.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

**L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie.**

#### 15.2 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia di origine non morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento accidentale di sostanze tossiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, **escluse la malaria e le malattie tropicali;**
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le ernie addominali da sforzo, **con esclusione di quelle rachidee;** gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- la rottura sottocutanea del tendine di Achille, **nei limiti di quanto previsto al punto 15.17 (invalidità permanente);**
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.**

#### 15.3 RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, **esclusi i viaggi effettuati:**

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplano, ultraleggeri, parapendio e simili).

**Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.**



#### 15.4 RISCHIO GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (**esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino**) derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), **per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.**

#### 15.5 SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione resta operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

#### 15.6 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

#### 15.7 RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a. dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto al punto 15.3 (rischio volo);
- b. dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- c. da corse, gare, allenamenti e prove di ippica, calcio, ciclismo, football americano, rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- d. da corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- e. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f. da movimenti tellurici;
- g. da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto al punto 15.4 (rischio guerra all'estero);
- h. da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi:

- i. gli infarti;
- j. le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

#### 15.8 LIMITI DI ETÀ

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di settantacinque anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Società nel momento in cui si dovesse verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa, alla prima scadenza annuale successiva, per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente **al netto degli oneri fiscali.**

#### 15.9 PERSONE NON ASSICURABILI

Il Contraente prende atto che la garanzia non è operante per le persone affette da infermità mentale, alcoolismo e tossicodipendenza e si impegna a comunicare tali circostanze alla Società nel momento in cui si dovessero verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa, per l'Assicurato, con il loro manifestarsi senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente **al netto degli oneri fiscali.**

#### 15.10 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo 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 è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti - (invalidità permanente).

#### 15.11 CUMULO DI INDENNITA'

**L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.**

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, **ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo**, l'Assicurato muore, Unisalute corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

#### 15.12 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

### RELATIVE AL CASO MORTE

#### 15.14 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato **e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto**, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. **In difetto di designazione, la Società liquida tale somma, in parti uguali, agli eredi.**

#### 15.15 CUMULO DI INDENNITA' MORTE PRESUNTA

Se il corpo dell'Assicurato **non viene trovato entro un anno** a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, **la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese**, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

#### 15.16 CUMULO DI INDENNITA' COMMORIENZA

Se il medesimo evento indennizzabile a termini di polizza, **esclusa in ogni caso l'ipotesi prevista al punto 15.3 (rischio volo)**, provoca la morte dell'Assicurato e del coniuge, la quota parte spettante ai figli handicappati (intendendosi per tali le persone riconosciute invalidi civili nella misura pari o superiore al 75%) o minori, alla data del sinistro, viene raddoppiata.

↓

### RELATIVE ALLA INVALIDITÀ PERMANENTE

#### 15.17 INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente **e questa si manifesti entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto**, anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida un indennizzo per invalidità permanente parziale **calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati (Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente in Agricoltura e successive modificazioni).**



Descrizione	Percentuali
Sordità completa di un orecchio	20%
Sordità completa bilaterale	60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%
<i>Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi tabella per gli infortuni oculari dell'industria)</i>	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	16%
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità	0
Perdita totale del braccio destro	85%
Perdita del braccio destro al terzo superiore	80%
Perdita totale del braccio sinistro	80%
Perdita totale dell'avambraccio destro o del braccio sinistro al terzo superiore	75%
Perdita totale dell'avambraccio sinistro o di tutte le dita della mano destra	70%
Perdita totale di tutte le dita della mano sinistra	65%
Perdita totale del pollice destro	30%
Perdita totale del pollice sinistro	25%
Perdita della falange ungueale del pollice destro	16%
Perdita della falange ungueale del pollice sinistro	12%
Perdita totale dell'indice destro	20%
Perdita totale dell'indice sinistro	16%
Perdita totale del medio	12%
Perdita totale dell'anulare	8%
Perdita totale del mignolo	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice destro	7%
Perdita della falange ungueale dell'indice sinistro	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%
Perdita delle due ultime falangi dell'indice destro	14%
Perdita delle due ultime falangi dell'indice sinistro	11%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%
Perdita totale di una coscia	80%
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%
Perdita di una gamba al terzo superiore	65%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%
Perdita del solo alluce	11%
Perdita di più dita del piede, per ogni dito perduto	5%

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

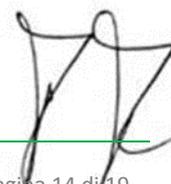
Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Nel caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità permanente pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.



### 15.18 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

A richiesta dell'Assicurato, Unisalute, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, con il massimo di € 15.000,00.

### 15.19 RISCHIO IN ITINERE

La garanzia comprende gli infortuni che colpiscano gli Assicurati durante il tempo strettamente necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa con l'uso dei normali mezzi di locomozione.

### 15.20 MANCINISMO

Relativamente alle persone affette da mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

### 15.21 SUPERVALUTAZIONE DELL'INVALIDITA' PERMANENTE

In caso di infortunio che comporti:

- sordità completa bilaterale,
- cecità completa,
- perdita anatomica o funzionale di almeno un arto superiore od inferiore nonché la perdita completa anatomica o funzionale delle dita di una mano;

il massimale verrà corrisposto per un ammontare doppio di quello base.

### 15.22 FRANCHIGIA SULLA INVALIDITA' PERMANENTE

Nel caso in cui la percentuale di Invalidità Permanente accertata sia superiore al 19%, la Società liquiderà l'indennizzo dovuto sull'intera somma assicurata senza applicazione di franchigia, non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 19% della invalidità permanente totale.

Nel caso in cui il grado di invalidità permanente sia superiore al 60% della invalidità permanente totale, la Società liquiderà un indennizzo pari all'intera somma assicurata.

### 15.23 SOMME E GARANZIE ASSICURATE

Dette prestazioni vengono garantite nei termini seguenti:

in caso di MORTE: **somma assicurata: € 18.100,00**

in caso di INVALIDITA' PERMANENTE: **somma assicurata: fino a € 18.100,00 - con una franchigia relativa del 19%.**

#### SERVIZI DI CONSULENZA

##### In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia

##### a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- medicinali: composizione, indicazioni e controindicazioni.

##### b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde

#### c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

## A - LIMITAZIONI

### A.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

### A.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.  
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
14. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
16. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
17. tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
18. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 10. "Cure dentarie da infortunio" l'assicurazione non è operante per:

- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Stati di non autosufficienza", l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

- a) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;

- b) dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- c) di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- d) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- e) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici,, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- g) del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- h) di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i) di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali;
- j) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;
- k) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- l) di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici
- m) di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
- n) dirette o indirette di pandemie.

### A.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare, e la Società non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto 76° anni; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un **componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, l'assicurazione cesserà** alla prima scadenza annua **limitatamente a questo Assicurato.**

