

**Opera Nazionale di Assistenza
per il personale del
Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco**



Convenzione rimborso spese sanitarie soggetti aderenti volontariamente:

- **Nucleo familiare del personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento;**
- **Personale dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare;**
- **Personale in quiescenza del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, e dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare.**

DEFINIZIONI

I seguenti vocaboli, usati nella polizza, significano.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

POLIZZA

Il documento che prova l'assicurazione.

CONTRAENTE

l'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco.

ASSICURATO

Le persone nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

NUCLEO FAMILIARE

Il coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dallo stato di famiglia.

SOCIETA'

Compagnia Assicuratrice.

PREMIO

La somma dovuta alla Società.

INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

MALATTIA

Qualunque alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MALFORMAZIONE

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

DIFETTO FISICO

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

ISTITUTO DI CURA

Ospedale, Clinica o Istituto universitario, Casa di Cura, regolarmente autorizzata dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

RICOVERO

Degenza in Istituto di Cura che comporti pernottamento.

DAY-HOSPITAL

La degenza esclusivamente diurna, ancorchè non ininterrotta, in Istituto di Cura, resa necessaria per l'espletamento di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e/o riabilitativo, che non comportano la necessità di ricovero ordinario, ma che comunque richiedono, per la loro natura e complessità, un regime di assistenza medica ed infermieristica continuativa.

La degenza deve essere documentata da cartella clinica dalla quale risultino i giorni di effettiva presenza dell'Assicurato nell'Istituto di Cura.

INTERVENTO CHIRURGICO

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, compresi quelli utilizzando Laser, Criochirurgia o termoablazione.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

DIARIA GIORNALIERA

Indennizzo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero comportante pernottamento o in regime di Day-Hospital.

FRANCHIGIA

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero di giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo contrattualmente garantito.

SCOPERTO

Percentuale del danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.

Condizioni Generali di Assicurazione

Premesso che il personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, è assicurato con la polizza n stipulata dall'Opera Nazionale di Assistenza per il rimborso delle spese sanitarie specificate dal contratto, la validità del presente contratto è subordinata alla sussistenza in vigore della polizza su indicata.

La copertura è operante per le prestazioni oggetto di assicurazione rese necessarie da situazioni patologiche insorte successivamente alla decorrenza dell'assicurazione. Sono escluse dalla garanzia le prestazioni rese necessarie da patologie preesistenti a tale data, fatto salvo le cure e gli interventi chirurgici effettuati per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni congenite nei primi dodici mesi di vita del bambino neonato.

Al presente contratto possono aderire i soggetti indicati all'art. 2 Assicurati

Art. 1-Definizioni

Nel testo, la parola "Società" designa la Compagnia così come indicate nella sezione Definizioni, per "Contraente" si intende l'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, per "Assicurato" il soggetto a favore del quale è prestata l'assicurazione,

Art. 2 - Assicurati

Sono assicurati con il presente contratto i soggetti che aderiscono compilando l'apposito modulo di adesione e versano un premio a proprio carico nei modi e termini indicati.

Gli assicurati devono rientrare tra una delle seguenti tipologie:

- Nucleo familiare del personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento;
- Personale dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare;
- Personale in quiescenza del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, e dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare.

La validità della copertura assicurativa per ogni assicurato è subordinata a:

- appartenenza al Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, del capo nucleo del nucleo familiare aderente;
- pensionamento dal Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, o dall'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile del caponucleo aderente per sé ed il proprio nucleo familiare;
- appartenenza all'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile del caponucleo aderente per sé ed il proprio nucleo familiare.

In caso di cessazione delle condizioni sopra indicate le garanzie del presente contratto cesseranno con effetto dalla prima scadenza anniversaria successiva.

Art. 3 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è operante in caso di malattia ed infortunio, purchè occorso durante l'operatività del contratto, per le seguenti prestazioni:

- Diaria Giornaliera per tutti i tipi di ricoveri in Istituto di Cura pubblico o privato, anche per parto cesareo o naturale;
- Prestazioni di alta specializzazione;
- Malattie oncologiche;
- Malattie cardiovascolari;
- Prevenzione (*);
- Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva (*).

(*) prestazioni riservate al personale dell' Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile

Art. 4 – Indennità di Ricovero Ospedaliero

Nel caso l'assicurato venga dimesso e nella stessa giornata, oppure il giorno successivo venga ricoverato nuovamente, i due eventi verranno considerati come un solo ricovero.

Nel solo caso di dimissione in giornata pre festiva il ricovero successivo dovrà avvenire entro il primo giorno feriale successivo.

Art. 4.1 - Ricovero con Intervento Chirurgico

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day-Hospital, per l'esecuzione di un intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di **€ 90,00** .

In caso di ricovero a seguito di un "Grande Intervento Chirurgico", intendendosi per tali quelli da elenco allegato n.° 1, la diaria giornaliera corrisposta viene elevata a **€ 125,00**.

La diaria viene erogata per un massimo di 60 giorni per ogni sinistro.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto cesareo. Relativamente al parto cesareo ed alle malattie dipendenti da gravidanza e puerperio la garanzia decorre dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione (a meno che l'Assicurata, tramite anche esami ecografici, dimostri che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione).

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico, oltre alla diaria giornaliera, la società provvederà al rimborso integrale delle spese sostenute, fino alla concorrenza di € 3.750,00 per persona e per anno assicurativo, per visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 45 giorni precedenti il ricovero. La società provvederà inoltre al rimborso integrale delle spese sostenute per visite specialistiche, medicazioni, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi comprese le cure fango balneo massoterapiche e idropiniche (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), la medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico, effettuati nei 45 giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di **€ 70,00** al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Art. 4.2 - Ricovero senza intervento chirurgico

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day-Hospital, senza effettuazione di intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di **€ 35,00**.

La diaria viene erogata per un massimo di 60 giorni per ogni sinistro.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto non cesareo.

Relativamente al parto non cesareo ed alle malattie dipendenti da gravidanza e puerperio la garanzia decorre dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione (a meno che l'Assicurata, tramite anche esami ecografici, dimostri che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione).

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di **€ 70,00** al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Art. 5 - Alta specializzazione

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

- Chemioterapia
- Radioterapia e radiochirurgia a scopo non fisioterapico
- Elettroencefalografia
- Risonanza Magnetica Nucleare anche con liquido di contrasto (*)
- Angio RMN anche con liquido di contrasto (*)
- Scintigrafia (*)
- Ecocardiografia color Doppler (anche transesofagea) (*)
- Tomografia Assiale Computerizzata senza e con mezzo di contrasto (*)
- Tomografia emissione positroni PET (*)
- Mineralometria ossea computerizzata (*)
- Ricerche genetiche per malformazioni:
 - amniocentesi
 - prelievo dei villi coriali
- Elettrocardiogramma normale
- Elettrocardiogramma da sforzo
- Elettrocardiogramma Holter
- Ecografia prostatica transrettale (*)
- Ecografia scrotale (*)
- Ecografia transvaginale (*)
- Ecografia vascolare color Doppler dei vasi epiaortici (*)
- Ecografia della tiroide anche color Doppler (*)
- Ecografia dell'apparato locomotore arti superiori ed inferiori anche color Doppler (*)
- Ecografia addome superiore ed inferiore anche color Doppler (*)
- Esame urodinamico completo
- Elettromiografia

(*) compresa la visita specialistica relativa purchè l'esame di diagnostica per immagini e la visita siano effettuati, anche non contestualmente, presso strutture convenzionate. Nell'ambito della diagnostica per immagini sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, biopsia, Pap test e relativi esami citodiagnostici).

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza di **€ 6.664,57** per persona e per anno assicurativo.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile pari a **€ 25,00** per ogni accertamento diagnostico od ogni ciclo di terapia.

Le spese verranno rimborsate senza applicazione dello scoperto di cui sopra solamente se sostenute nel periodo dal 31/01/06 alla data di sottoscrizione del presente contratto.

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

La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Art. 6 - Malattie oncologiche

Nel caso in cui all'Assicurato, durante la validità del contratto, venga diagnosticata una neoplasia maligna a carico di un qualunque organo, ivi comprese il mesotelioma o altre neoplasie maligne derivanti dall'attività professionale, la Società riconosce un massimale di **€ 15.420,00** per persona e per anno assicurativo, per spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, trattamenti psicoterapici e/o di supporto psicologico su prescrizione del medico specialista oncologo o psichiatra, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia e delle sequele tutte nonché le prestazioni di medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di **€ 70,00** al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Art. 7 - Malattie cardiovascolari

In caso di malattia cardiaca comportante:

- ischemia del miocardio in tutte le sue varianti anatomocliniche e fisiopatologiche
- ablazione transcatetere per la cura di aritmie, a cuore aperto o per via percutanea
- by pass aorto coronarico
- angioplastica coronarica percutanea senza o con apposizione di stent anche medicati
- tromboendarterectomia carotidea
- chirurgia cardiaca valvolare a cuore aperto o per via percutanea
- chirurgia vascolare dell'aorta toracica, aorta addominale ed arterie iliache a cielo aperto o per via percutanea, anche con apposizione di stent medicati o endoprotesi vascolari

viene assicurato un massimale per persona e per anno di **€ 15.420,00** per spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia cardiovascolare.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di **€ 70,00** al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Art. 8 - Prevenzione

Limitatamente al personale dell' Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile la Società garantisce l'effettuazione delle prestazioni di seguito descritte, purchè eseguite presso le strutture sanitarie convenzionate con essa:

- esame mammografico per le Assicurate che abbiano compiuto il 35° anno di età;
- ecografia mammaria (compresa la visita specialistica associata)
- esame di laboratorio P.S.A., eseguito una volta per anno assicurativo, per gli Assicurati che abbiano compiuto il 50° anno di età;
- endoscopia digestiva:
 - esofagogastroduodenoscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
 - rettosigmoidocolonscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
- endoscopia respiratoria:
 - rinoscopia;
 - faringoscopia;
 - laringoscopia;
 - tracheoscopia;
 - broncoscopia;
- endoscopia urinaria;
- haemocult (ricerca sangue nelle feci);
- esame citologico delle urine;
- TC spirale e HRCT (tomografia computerizzata ad alta risoluzione)

Nell'ambito della diagnostica per immagini ed endoscopica sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, esami citodiagnostici biopsie, escissioni di formazioni sessili o peduncolate, trattamenti curativi TC o Eco guidati)

Art. 9 – Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva.

Limitatamente al personale dell' Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile viene garantito il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento di chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva qualora non sia possibile ottenere una sufficiente acuità visiva con l'uso di adatte lenti (occhiali, lenti corneali) da certificarsi a cura di specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica che dovrà evidenziare la motivazione dell'eventuale intolleranza all'uso delle lenti da vista (occhiali, lenti corneali) oppure l'impossibilità di correzione del difetto visivo con l'uso di adatte lenti da vista (occhiali, lenti corneali) nonché le spese sostenute correlate all'intervento comprensive degli accertamenti strumentali necessari.

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza di **€ 1.275,00** per occhio per il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento nonché le spese sostenute correlate all'intervento comprensive degli accertamenti strumentali necessari.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di **€ 70,00** al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Art. 10 – Trasporto

Nel caso di ricovero dovuto a “Grande intervento”, “Malattia oncologica”, “Malattia cardiovascolare”, la Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura in ambulanza, con unità di terapia intensiva mobile, con aereo di linea, aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei e del bacino del mediterraneo), elisoccorso, treno, vagone letto di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € **3.500,00** per ricovero.

Nell'ambito del massimale indicato rientrano in garanzia le spese di viaggio documentate (treno o aereo di linea) sostenute da un eventuale accompagnatore.

Art. 11 - Garanzie accessorie

In Italia i seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di EUROPE ASSISTANCE telefonando al numero verde **800 90 46 04** dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 19,30 ed il sabato dalle 8,00 alle 12,00.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + **39 02 58245235**.

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 tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: 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.

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.

d) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

Condizioni Particolari di Assicurazione

Art. 12 - Delimitazione dell'assicurazione

Sono escluse dal rimborso le spese per:

- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni congenite fatta eccezione per le cure e gli interventi chirurgici effettuati nei primi dodici mesi di vita del bambino neonato;
- le malattie che siano espressione di stati patologici insorti anteriormente alla data di stipulazione della polizza (malattie pregresse, croniche e/o recidivanti);
- il rimborso delle spese relative ad infortuni derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) purché non preventivamente autorizzate dall'Amministrazione;
- gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza e negligenza anche grave dell'assicurato stesso.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio, e salvo quanto previsto all'articolo "Malattie oncologiche" e "Malattie cardiovascolari");
- le cure dentarie e delle paradontopatie, nonchè le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, e le protesi dentarie salvo in caso di infortunio comprovato da referto di pronto soccorso pubblico nei limiti di quanto previsto dagli artt. 4, 4-1, 4-2;
- le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici (salvo quanto previsto agli articoli "Malattie cardiovascolari", "Malattie oncologiche") di ortodonzia o terapeutici;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti ;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio.

Art. 13 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei.

In ogni caso l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi, con obbligo della Compagnia di restituire la parte di premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali.

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 75 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.

Art. 14 - Termini di aspettativa

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di stipulazione del contratto. Fatta eccezione per quanto previsto agli art. 4.1 e 4.2 relativamente al parto ed alle malattie dipendenti da gravidanza e puerperio.

Art. 15 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 16 - Denuncia dell'infortunio o della malattia alla Centrale Operativa

L'Assicurato o chi per esso per usufruire della struttura convenzionata dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di EUROPE ASSISTANCE al numero verde gratuito **800 90 48 68** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + **39 02 58245240**) e specificare la prestazione richiesta.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato al successivo articolo 17.2.

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'articolo 17.3.

Art 17 - Criteri di liquidazione

Si precisa che nel caso di uno o più sinistri dipendenti dallo stesso evento (malattia o infortunio) che interessi più prestazioni, la Società rimborserà l'importo massimo, per persona e per anno, indicato nelle singole garanzie salvo l'applicazione di eventuali scoperti e franchigie in esse previste.

17.1 - Liquidazione della garanzia Indennità di Ricovero Ospedaliero

Per ottenere la corresponsione dell'indennità giornaliera prevista in polizza, nonché il rimborso delle spese sostenute nei **45** giorni precedenti e successivi il ricovero con intervento chirurgico l'Assicurato deve inviare direttamente alla Taverna Società per Azioni di Brokeraggio Assicurativo il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale e di ogni altra documentazione sanitaria utile alla liquidazione del sinistro.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

La Società effettua il pagamento dell'indennità direttamente all'Assicurato entro **25** giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della documentazione sanitaria, semprechè tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

L'indennità verrà corrisposta in Italia in valuta italiana.

17.2 - Sinistri in strutture convenzionate con la Società

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa (fatture e ricevute) a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto 17.3.

In mancanza di struttura convenzionata in prossimità della dimora dell'assicurato, previa autorizzazione della Centrale operativa, tutte le spese verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto 17.3, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'assicurato.

17.3 - Sinistri in strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla Taverna Società per Azioni di Brokeraggio Assicurativo il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente assistenziale o dal Servizio Sanitario Nazionale. Ovviamente dal rimborso verrà detratto quanto riconosciuto dai suddetti enti.

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro **25** giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

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

17.4 - Sinistri nel servizio sanitario nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente punto "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro **25** giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

Il rimborso verrà corrisposto in Italia in valuta italiana.

Art. 18 - Pagamento del premio - decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio di perfezionamento viene versato dalla Contraente entro 120 giorni dalla data di decorrenza del contratto, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se non vengono pagati i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 120° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

I premi devono essere corrisposti alla Compagnia per il tramite del Broker a cui è affidato il contratto.

Art. 19 - Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, le parti possono conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede presso il capoluogo della Regione dove dimora l'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 20 – Foro competente

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente art. 19 è competente, a scelta della parte attrice, il Foro di residenza o sede del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede la Società Contraente.

Art. 21 - Scadenza del contratto

La durata del contratto è quadriennale con facoltà di disdetta alla scadenza del secondo anno da esercitarsi almeno 180 giorni prima tramite raccomandata A/R fermo restando che la presente convenzione non potrà essere oggetto di disdetta disgiuntamente dalla polizza n. 263669400.

Il presente contratto è subordinato alla validità ed efficacia della polizza n. 263669400 di cui alla premessa. Pertanto nel caso in cui la validità ed efficacia venga a cessare per qualsiasi causa la presente polizza si risolverà di diritto a partire dalla prima scadenza anniversaria successiva.

Art. 22 - Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 23 - Clausola Broker

La Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente dalla Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo.

L'incasso dei premi di polizza verrà effettuato per il tramite della Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo che provvederà al versamento diretto alle Compagnie.

Art. 24 - Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente per le parti di rispettiva competenza.

Art. 25 – Inclusioni

La garanzia assicurativa è valida per gli assicurati nominativamente indicati nel documento di polizza o appendice relativa.

Ai fini dell'operatività della garanzia gli Assicurati devono far pervenire, pena la decadenza del diritto, la scheda di adesione alla Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo entro il 31/05/06, contestualmente all'invio della documentazione comprovante il versamento del relativo premio, con decorrenza della garanzia dalla data di decorrenza del presente contratto fermo restante quanto indicato agli artt. 12 e 14.

Le richieste di inclusione di nuovi Assicurati in corso di garanzia saranno possibili solo nei seguenti casi:

- variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza e nuove nascite;
- neoassunti o trasferiti all'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile.

In tali casi la scheda di adesione dovrà pervenire alla Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo entro il 30 del mese successivo a quello di variazione dello stato di famiglia o di assunzione o trasferimento, pena la decadenza del diritto.

Contestualmente dovrà essere inviata la documentazione comprovante il versamento del relativo premio.

La decorrenza della garanzia sarà quella della data di ricezione della domanda fermo restante quanto indicato agli artt. 12 e 14.

Ai fini del pagamento del premio resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno assicurativo la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto il 50 % del premio annuo.

Art. 25 - Premio e regolazione

Il premio viene anticipato in via provvisoria nell'importo di € 50,00 e verrà conguagliato sulla base del numero effettivo di adesioni pervenute. Entro 30 giorni dal termine previsto per le adesioni il broker provvederà all'invio dell'elenco complessivo dei nominativi assicurati. Il pagamento del premio avverrà entro i 30 giorni successivi l'emissione del documento relativo da parte della Compagnia.

Il premio è regolato alla fine di ciascun anno secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni anno il broker provvederà all'invio dell'elenco complessivo nei nominativi entrati in copertura in corso d'anno. Il pagamento del premio avverrà entro i 30 giorni successivi l'emissione del documento di regolazione premio emesso dalla Compagnia.

Il premio unitario annuo di polizza deve intendersi il seguente per ogni categoria:

- Nucleo familiare del personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento
 - €100,00 (coniuge)
 - € 100,00 (1° figlio)
 - € 80,00 (2° figlio)
 - € 70,00 (dal 3° figlio)

- Personale dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile € 100,00
- e proprio nucleo familiare € 100,00 (coniuge)
 - € 100,00 (1° figlio)
 - € 80,00 (2° figlio)
 - € 70,00 (dal 3° figlio)
- Personale in quiescenza del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, e dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile € 180,00
- e proprio nucleo familiare € 190,00 (coniuge)
 - € 190,00 (1° figlio)
 - € 152,00 (2° figlio)
 - € 133,00 (dal 3° figlio)

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollare)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Interventi di enucleazione del globo oculare
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Intervento per distacco di retina

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni retto-coliche per via laparotomica (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicoleclectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazioni di spalla, gomito, anca o ginocchio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianto ed espianto di tutti gli organi o parte di essi incluso il midollo osseo

