



OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DEL
CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO
(Eretta in Ente Morale con D.P.R. 30 giugno 1959, n. 630)
Presso il MINISTERO DELL'INTERNO



CAPITOLATO TECNICO

c) POLIZZA SANITARIA AD ADESIONE FACOLTATIVA

INTEGRATIVA DELLA POLIZZA SANITARIA

- **PER IL PERSONALE IN SERVIZIO DEL C.N.VV.F.**
- **PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA DEL C.N.VV.F.**
- **PER IL PERSONALE DIPENDENTE DELL'AMMINISTRAZIONE CIVILE
DELL'INTERNO IN SERVIZIO PRESSO IL DIPARTIMENTO DEI VIGILI DEL FUOCO
DEL SOCCORSO PUBBLICO E DELLA DIFESA CIVILE**

PREMESSA

La validità del presente contratto è subordinata alla sussistenza in vigore della polizza A) del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento.

Si precisa inoltre che le garanzie oggetto del contratto in questione sono cumulabili con le garanzie previste dai capitolati tecnici Polizza Sanitaria A) e Polizza Sanitaria B) e, pertanto, devono intendersi complementari, cioè assumono il valore, il significato, e si rivelano utili, per il fatto di trovarsi accostate, connesse e inserite le une nelle altre.

DEFINIZIONI

I seguenti vocaboli, usati nella polizza, significano.

ASSICURAZIONE

Il contratto di Assicurazione sottoscritto dal Contraente.

BROKER

L'intermediario che, ai sensi dell'art. 109, comma 2 lettera b) del D. Lgs. 209/2005, ha ricevuto l'incarico dal Contraente per l'assistenza nella stipulazione, gestione ed esecuzione del presente contratto di Assicurazione.

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

L'intero nucleo familiare composto da: coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia o fiscalmente a carico.

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.

MASSIMALE

La massima spesa rimborsabile per tutti i componenti del nucleo familiare che fa capo all'Assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che diano diritto al rimborso nell'anno assicurativo

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, ancorché 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.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE/DAY SURGERY

L'intervento di chirurgia, effettuato senza ricovero, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.

SINISTRO

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

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

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

Art. 1-Definizioni

Nel testo, la parola "Società" designa la Compagnia così come indicata nella sezione Definizioni, per "Contraente" si intende l'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, per "Assicurato" si veda quanto disposto dall'art.2.

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:

- PERSONALE DEL C.N.VV.F. e relativo nucleo familiare;
- PERSONALE IN QUIESCENZA DEL C.N.VV.F. e relativo nucleo familiare;
- PERSONALE DIPENDENTE DELL'AMMINISTRAZIONE CIVILE DELL'INTERNO IN SERVIZIO PRESSO IL DIPARTIMENTO DEI VIGILI DEL FUOCO DEL SOCCORSO PUBBLICO E DELLA DIFESA CIVILE e relativo nucleo familiare.

Art. 3 - Oggetto dell'Assicurazione

La Società, per le malattie e gli infortuni verificatisi nell'anno assicurativo, rimborsa le spese sostenute:

A) in caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio per:

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;

- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;

- rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250,00;

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;

- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;

- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espanto, cure, medicinali e rette di degenza;

- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 60,00 e con un massimo di giorni 30 per annualità assicurativa;

- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.100,00 per intervento o ricovero;

- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di € 2.000,00 per intervento o ricovero.

In caso di parto con taglio cesareo, la Società rimborsa le spese sopra indicate fino a concorrenza del limite di € 7.500,00 per annualità assicurativa.

In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'Assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di € 1.600,00.

B) in caso di ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico per :

- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250,00;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.100,00 per ricovero.

C) in caso di ricovero per parto senza taglio cesareo, fino a concorrenza del limite di € 2.600,00 per annualità assicurativa, per:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato; - le rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250,00.

La presente Assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al presente articolo è prestata fino a concorrenza della somma di € 100.000,00, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa per nucleo familiare, con applicazione di uno scoperto del 10%, con il minimo di € 500,00 ed il massimo di € 2.500,00, nel caso di Ricovero Fuori Rete.

Art. 4 – Anticipo

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente – entro il limite dell'80% della somma assicurata – il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sulla risarcibilità a termini di contratto delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito ed il presunto ammontare delle spese sanitarie.

Condizioni Particolari di Assicurazione

Art. 5- 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;
- 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;
- le cure dentarie e delle paradontopatie, nonché le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, e le protesi dentarie;
- 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;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio;
- le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

Art. 6 - 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 paranoidi.

In ogni caso l'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

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. 7 - Termini di aspettativa

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di stipulazione del contratto.

Gli Assicurati ricoverati presso Istituti di Cura alla predetta data di decorrenza sono assicurati per i giorni di ricovero e per le spese, indennizzabili a termini di polizza, successivi all'effetto del presente contratto.

Art. 8 - Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 9 - 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 _____ al numero verde gratuito _____ (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 39 _____) 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 11.2.

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 11.3.

Art. 10 - 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.

Art. 11.1 - 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.

Inoltre, 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 11.2.

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 11.2, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'assicurato.

Art. 11.2 - Sinistri in strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla Società 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 extra ricovero.

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 copia della documentazione di spesa (distinte e ricevute), debitamente quietanzata.

La Società metterà a disposizione degli Assicurati un portale web dedicato tramite cui l'Assicurato potrà effettuare le richieste di rimborso e caricare le copie della documentazione di spesa. Il portale dovrà consentire il caricamento delle copie pdf delle fatture e della documentazione medica, nonché consentire all'Assicurato di verificare lo stato di lavorazione delle pratiche e l'aggiornamento della propria anagrafica compreso l'indicazione dell'Iban su cui effettuare i rimborsi.

In alternativa al canale web la Società metterà a disposizione degli Assicurati un Modulo di richiesta di rimborso a cui saranno allegati i documenti di spesa e i certificati in fotocopia. Il Modulo verrà inviato tramite posta all'indirizzo indicato dalla Società.

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 della Banca D'Italia.

Art. 11.3 - Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extra ricovero 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 Euro.

Art. 12 - 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 90 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 40° 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 Società per il tramite del Broker a cui è affidato il contratto.

Art. 13 - 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. 14 – Foro competente

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente art. 13 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. 15 - Durata del contratto

L'Assicurazione ha durata __ mesi e ha effetto dalle ore 24 del __/__/__(giorno indicato nella comunicazione di aggiudicazione) e scadrà alle ore 24 del __/__/__(giorno indicato nella comunicazione di aggiudicazione), e cesserà automaticamente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta da ambo le parti.

La Società si impegna a concedere, su richiesta del Contraente, una estensione temporanea della presente Assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche fino a un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza, finalizzata all'espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova Assicurazione, il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente Assicurazione ogni anno, mediante disdetta da inviare tramite Raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata) spedita almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza annuale.

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

Art. 16 - Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società

Salvo diversa disposizione specificatamente richiamata nei singoli articoli, tutte le comunicazioni alle quali sono tenuti il Contraente, l'Assicurato o la Società devono essere fatte mediante fax, raccomandata o posta elettronica.

Art. 17 - Clausola Broker

L'Ente Contraente dichiara di avere affidato la gestione del contratto ad un Broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società da atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente stesso. La Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per il Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico.

Art. 18 - 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. 19 – Inclusioni nel corso dell'anno

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

La scheda di adesione dovrà pervenire al BROKER in qualsiasi momento durante l'annualità contestualmente all'invio della documentazione comprovante il versamento del relativo premio, con decorrenza della garanzia dalla data di versamento del premio.

In caso di mancato rinnovo annuale dell'adesione, non sarà più possibile aderire in occasione dei successivi rinnovi.

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 al BROKER 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.

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.

Eventuali esclusioni non comporteranno la restituzione del premio relativo al periodo pagato e non goduto.

Art. 20 - Premio

Il premio annuo lordo per nucleo di polizza deve intendersi pari ad € 450,00.

Allegato n.° 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Interventi con esofagoplastica
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica
- Colectomia totale
- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- Operazione per megacolon
- Proctocolectomia totale
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Tumori della trachea
- Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati
- Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- Correzione impianto anomalo coronarie
- Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
- Correzione canale atrioventricolare completo
- Finestra aorto-polmonare
- Correzione di:
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
- truncus arteriosus
- coartazioni aortiche di tipo fetale
- coartazioni aortiche multiple o molto estese
- stenosi aortiche infundibulari
- stenosi aortiche sopravalvolari
- trilogia di Fallot
- tetralogia di Fallot
- atresia della tricuspide
- pervietà interventricolare ipertesa
- pervietà interventricolare con "debanding"
- pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- Sostituzioni valvolari multiple
- By-pass aortocoronarici multipli
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
- Aneurismi aorta toracica
- Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
- Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo

- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)
- Interventi per traumi vertebro midollari con stabilizzazione chirurgica
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica
- Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec; Tikhov-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezione artrodiartrale dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
- Emipelvectomy
- Emipelvectomy "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- Vertebrotonia
- Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza e con impianti
- ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovesicolectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovesicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovesicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Trapianti